



EXPANSIÓN E INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA EN EL ECUADOR

JORGE HERMIDA, M.D.

MARÍA ELENA ROBALINO, ESP. M.H.S.

LUIS VACA, M.D.

PATRICIO AYABACA, M.D.

PATRICIO ROMERO, M.Sc.

LUIS VIEIRA, M.D., M.P.H.

PROYECTO DE GARANTÍA DE CALIDAD

INFORME LACRSS No. 65

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	IV
CITA RECOMENDADA.....	IV
RESUMEN EJECUTIVO	V
ABREVIATURAS.....	IX
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MODELO CONCEPTUAL PARA LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA MCC.....	2
LAS FASES DE INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA MCC.....	2
LOS ELEMENTOS ESENCIALES PARA LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA GC.....	6
III. MÉTODOS.....	7
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	7
MEDICIÓN DE LOS EFECTOS DE LA INTERVENCIÓN.....	7
FUENTES DE LOS DATOS.....	8
IV. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	8
V. ETAPA UNO DE LA EXPANSIÓN: ENERO-SEPTIEMBRE 2003	11
INICIO DEL MODELO DE MCC EN 14 ÁREAS DE SALUD SELECCIONADAS EN OCHO PROVINCIAS	11
DESARROLLO DE POLÍTICAS FAVORABLES A LA MCC.....	11
LIDERAZGO	13
RECURSOS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD.....	14
ESTRUCTURA	16
DESARROLLO DE LA CAPACIDAD TÉCNICA	20
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	22
INCENTIVO A LA CALIDAD	23
RESULTADOS DE LA EXPANSIÓN, ETAPA UNO.....	23
VI. ETAPA DOS DE LA EXPANSIÓN: OCTUBRE 2003—AGOSTO 2004.....	30
DESARROLLO DE POLÍTICAS FAVORABLES A LA MCC.....	30
LIDERAZGO	31
RECURSOS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD.....	32
ESTRUCTURA	35
DESARROLLO DE LA CAPACIDAD TÉCNICA	37
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	38
RESULTADOS DE LA EXPANSIÓN, ETAPA DOS	40
VII. ETAPA TRES DE LA EXPANSIÓN: ENERO—MARZO 2005.....	45
DESARROLLO DE POLÍTICAS FAVORABLES A LA MCC.....	45
LIDERAZGO	46
RECURSOS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD	46
ESTRUCTURA	46
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	47
VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	47
PERSPECTIVAS FUTURAS.....	51
IX. ANEXOS.....	52

LISTA DE GRAFICOS Y CUADROS

Gráfico 1: Fases en el proceso de institucionalización de la Mejora Continua de la Calidad.....	3
Gráfico 2: Elementos esenciales para la institucionalización de la MCC	6
Gráfico 3: Las tres etapas de expansión de la MCC	9
Gráfico 4: Forma de designación de responsables para la MCC, Etapa Uno	13
Gráfico 5: Apoyo de autoridades a las actividades de MCC, Etapa Uno	14
Gráfico 6: Actividades que cumplen los equipos de mejoramiento	17
Gráfico 7: Estructura operativa para la institucionalización de la MCC a nivel provincial.....	18
Gráfico 8: Porcentaje de facilitadores capacitados en MCC, activos al final de la Etapa Uno.....	19
Gráfico 9: Forma de apoyo técnico brindado por facilitadores de MCC, Etapa Uno ...	19
Gráfico 10: Actividades cumplidas por facilitadores de MCC, Etapa Uno	20
Gráfico 11: Porcentaje de reuniones técnicas en las que se discutió sobre MCC, Etapa Uno	25
Gráfico 12: Atención prenatal: Porcentaje de insumos esenciales con los que está equipado el consultorio de Gineco-obstetricia en la consulta externa, Nov. 2002 – Sept. 2003	26
Gráfico 13: Porcentaje de mujeres embarazadas para quienes se realizaron y registraron todas las actividades estandarizadas, en su primer control prenatal, Nov. 2002 – Sept. 2003.....	26
Gráfico 14: Porcentaje de mujeres embarazadas que usaron servicios de consulta externa para la atención prenatal y que estuvieron satisfechas con la atención recibida, Nov. 2002 –Sept. 2003	26
Gráfico 15: Porcentaje de mujeres en labor de parto para quienes se realizaron y registraron las actividades estandarizadas de monitoreo de la labor de parto, Nov. 2002 – Sept. 2003.....	27
Gráfico 16: Porcentaje de partos en los que el partograma fue graficado correctamente, Nov. 2002 – Ago. 2003	27
Gráfico 17: Porcentaje de mujeres atendidas durante el parto en el establecimiento que estuvieron satisfechas con la atención recibida, Nov. 2002 – Sept. 2003	28
Gráfico 18: Porcentaje de recién nacidos para quienes se realizaron y registraron al menos 7 actividades estandarizadas, Nov. 2002 – Sept. 2003.....	28
Gráfico 19: Porcentaje de partos normales que recibieron atención inmediata del parto durante las dos primeras horas después del nacimiento, Nov. 2002 – Sept. 2003.	28
Gráfico 20: Porcentaje de días laborables por mes en los que la farmacia del establecimiento tuvo en bodega por lo menos 3 de los 5 métodos de planificación familiar, Nov. 2002 – Sept. 2003	29
Gráfico 21: Porcentaje de mujeres en edad reproductiva que acuden al establecimiento que reconocen al menos 4 métodos de planificación familiar, Nov. 2002 – Sept. 2003.....	29

Gráfico 22: Porcentaje de primeras atenciones a niños enfermos, de 2 meses hasta 4 años de edad, en las que se siguió la estrategia AIEPI, Nov. 2002 – Sept. 2003	29
Gráfico 23: Porcentaje de madres o custodios de niños enfermos que conocían al menos 4 señales de peligro, Nov. 2002 – Sept. 2003	30
Gráfico 24: Apoyo de las autoridades locales a las actividades de MCC, Etapa Dos...	32
Gráfico 25: Estructura operativa para la MCC a nivel provincial, Etapa Dos.....	35
Gráfico 26: Actividades desarrolladas por el facilitador provincial para apoyar a los equipos de MCC, Etapa Dos.....	36
Gráfico 27: Forma de comunicación para brindar apoyo técnico a los equipos, Etapa Dos.....	36
Gráfico 28: Actividades que llevan a cabo los equipos de mejoramiento, Etapa Dos..	37
Gráfico 29: Flujograma del reporte de indicadores de cumplimiento de estándares de calidad	39
Gráfico 30: Disponibilidad de insumos, equipos y medicamentos esenciales con los que cuenta cada unidad del país para la atención materna, Oct. 2003 – Dic. 2004	42
Gráfico 31: Porcentaje de mujeres embarazadas en cuyo primer control prenatal se realizaron y registraron las actividades estandarizadas, Oct. 2003 – Dic. 2004	42
Gráfico 32: Porcentaje de mujeres embarazadas que usaron los servicios de consulta externa para la atención prenatal y que estuvieron satisfechas con la atención recibida, Oct. 2003 – Dic. 2004	42
Gráfico 33: Porcentaje de partos atendidos en los que el partograma se graficó correctamente, Oct. 2004 – Dic. 2004	43
Gráfico 34: Porcentaje de partos vaginales en los que se administró oxitocina, Oct. 2003 – Dic. 2004	43
Gráfico 35: Porcentaje de partos normales que recibieron atención post-parto inmediata durante las dos primeras horas después del nacimiento, Oct. 2003 – Dic. 2004	43
Gráfico 36: Porcentaje de mujeres que recibieron atención del parto en el establecimiento y que están satisfechas con la atención recibida, Oct. 2003 – Dic. 2004	44
Gráfico 37: Porcentaje de recién nacidos para quienes se realizaron y registraron las 10 actividades estandarizadas, Oct. 2003 – Dic. 2004.....	44
Gráfico 38: Porcentaje de primeras atenciones a niños enfermos, de entre 2 meses y 4 años de edad, en las que se siguió la estrategia AIEPI, Oct. 2003 – Dic. 2004	44
Cuadro 1: Costos del proceso de institucionalización de la MCC durante la Etapa Uno.	15
Cuadro 2: Factores favorables para la réplica de talleres, Etapa Uno	22
Cuadro 3: Costos de la institucionalización durante la Etapa Dos	34
Cuadro 4: Estado de expansión de la MCC al final de la Etapa Dos.....	40

AGRADECIMIENTOS

El presente informe fue preparado por el Proyecto de Garantía de la Calidad (QAP) como parte de una investigación operativa apoyada por la Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe (LACRSS) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. El informe documenta la institucionalización de un mecanismo de garantía de la calidad en los establecimientos de salud del sector público que participan en el Programa de Maternidad Gratuita, una iniciativa principal de reforma del sector salud en Ecuador diseñada para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de servicios prioritarios de atención de la salud. Un informe complementario, *La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en el Ecuador*, describe el desarrollo, implementación, y resultados iniciales de la ley que creó el Programa de Maternidad Gratuita.

QAP es financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo Contrato Número GPH-C-00-02-00004-00. El proyecto colabora con países en desarrollo elegibles para recibir asistencia de USAID, Misiones y Representaciones de USAID, y otras agencias y organizaciones no gubernamentales que cooperan con USAID. QAP ofrece asistencia técnica para el desarrollo de garantía de la calidad en la atención de la salud, ayudando a la creación de enfoques factibles y económicamente viables para lograr un cambio integral en la provisión de los servicios de salud. El equipo del proyecto incluye como contratista principal a University Research Co., LLC (URC), Initiatives Inc. y Joint Commission Resources, Inc.

CITA RECOMENDADA

Hermida, J., Robalino M.E., Vaca L., Ayabaca P., Romero P., y Vieira L. 2005. Expansión e Institucionalización de la Mejora Continua de la Calidad en la Ley de Maternidad Gratuita en el Ecuador. Informe LACRSS No. 65. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad.

RESUMEN EJECUTIVO

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) fue promulgada por el Congreso Ecuatoriano en 1994, pero solo comenzó a ser operativizada siguiendo modificaciones a la ley en 1998. La LMGYAI busca reducir la mortalidad materna e infantil y mejorar la salud de mujeres y niños al garantizar el acceso a la atención gratuita durante el período prenatal, labor de parto, y el parto, así como a los servicios básicos de salud infantil.

El Ministerio de Salud Pública ha aplicado la LMGYAI a lo largo de sus establecimientos desde 1999. El número de personas que recibió servicios de salud cubiertos por la LMGYAI también ha aumentado de manera constante: en 1999, el número fue de 1'600.000, mientras que en el 2002 llegó a 2'248.000 mujeres y niños. Las mujeres son las principales beneficiarias de la LMGYAI, constituyendo el 70% de la población a quien sirve el programa.

Los mecanismos empleados por esta Ley se han vuelto herramientas de creciente importancia para mejorar la cobertura de la atención y la calidad de los servicios en Ecuador. Entre dichos mecanismos se cuenta la publicación de protocolos clínicos, el cálculo de costos para reembolso por servicios prestados, el pago por reembolso a los establecimientos basado en la producción, la implementación de un sistema de mejora continua de la calidad con herramientas prácticas para medir y mejorar la calidad y el alcance de metas, convenios para la co-gestión con municipalidades, y la organización de comités de usuarios para asegurar la calidad y capacidad de respuesta de los servicios.

El presente documento describe una investigación operativa desarrollada por el Proyecto de Garantía de Calidad (QAP) para examinar el proceso de institucionalización de la Mejora Continua de la Calidad (MCC) dentro del contexto de reformas introducidas por la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Los objetivos del estudio fueron: a) Describir y documentar el proceso, metodología, y resultados de la expansión e institucionalización de un mecanismo de garantía de la calidad dentro del Programa de Maternidad Gratuita del Ministerio de Salud del Ecuador; b) Explorar las asociaciones entre el nivel de institucionalización logrado y la presencia de reformas introducidas por la Ley consideradas favorables al proceso de institucionalización de la garantía de la calidad; c) Sintetizar las lecciones aprendidas que pueden ser adaptadas y aplicadas en otros países de Latinoamérica.

Las principales preguntas de investigación fueron: a) ¿Es posible alcanzar la expansión de la MCC mediante una intervención descentralizada que involucre personal de las oficinas provinciales del MSP (facilitadores de MCC), que repliquen las sesiones de capacitación, y apoyen y monitoreen localmente el trabajo de mejora de la calidad de los equipos?; b) ¿Cuáles son los principales factores que facilitan o constriñen la aplicación del modelo de MCC?; c) ¿Cuál es el costo del modelo?; d) ¿Cuáles son los resultados en términos del alcance de la expansión de la MCC y del mejoramiento de la calidad de la atención en salud?

El estudio se basó en documentos oficiales del MSP y de la Unidad Ejecutora de la LMGYAI, así como en la recolección de datos primarios. Para obtener información sobre el progreso de institucionalización en la Etapa Uno, se aplicaron cuestionarios a 38 facilitadores provinciales y locales, así como a 14 equipos de mejoramiento en

cada una de las áreas de salud que iniciaron la institucionalización de la MCC. Para obtener datos sobre el progreso de institucionalización en la Etapa Dos, los cuestionarios fueron aplicados en 27 áreas de salud seleccionadas en cinco provincias, así como a 10 facilitadores provinciales. La información sobre costos fue recolectada por personal de QAP mediante visitas a una muestra de áreas de salud.

El modelo de expansión de la MCC involucró tres etapas. La Etapa Uno incluyó actividades iniciales en 14 áreas de salud seleccionadas de 8 provincias, y la formación de un grupo de facilitadores de MCC. En la Etapa Dos, los facilitadores extendieron el modelo de MCC a todas las áreas de salud en las provincias inicialmente seleccionadas. En la Etapa Tres, actualmente en desarrollo, el modelo de MCC está siendo extendido a nuevas áreas de salud en nuevas provincias.

Los resultados esperados de esta intervención de tres etapas fueron: a) La expansión geográfica del modelo de MCC a un mayor número de áreas de salud y provincias; b) El desarrollo de elementos esenciales en el proceso de institucionalización: políticas, liderazgo, recursos, estructura organizacional para la MCC, capacidad técnica, información y comunicación, e incentivos; y c) Cambios en el cumplimiento de estándares de calidad en los establecimientos que participan del modelo de MCC.

La estrategia de expansión, que se apoyó en facilitadores locales y provinciales, fue exitosa. Después de que QAP capacitó a 38 facilitadores de 14 áreas de salud en ocho provincias, ellos fueron capaces de crear un equipo de MCC en cada una de las áreas y provincias, y de replicar la capacitación recibida. Los equipos de MCC inicialmente establecieron una línea de base de cumplimiento de estándares de calidad, identificaron procesos de atención de la salud de calidad deficiente, y luego planificaron y dirigieron actividades de mejoramiento. El monitoreo mensual de cumplimiento de estándares de atención probó ser una manera efectiva de orientar el trabajo de los equipos, ya que los estándares cubren tanto los insumos requeridos como los procesos mismos de atención (prenatal, parto, post-parto inmediato, atención al recién nacido, y manejo de complicaciones obstétricas). Los problemas relacionados a la falta de insumos y materiales específicos fueron relativamente fáciles de resolver, ya que la Ley de Maternidad Gratuita provee a los establecimientos fondos para la adquisición de tales materiales.

La Etapa Dos involucró una expansión a todas las áreas de salud de las ocho provincias iniciales. Basados en la experiencia adquirida mediante la creación de un equipo inicial de MCC en cada provincia, los facilitadores provinciales desempeñaron exitosamente la tarea de crear equipos en cada área de salud. La estrategia de emplear facilitadores provinciales se consolidó y optimizó, al punto de que el Ministerio de Salud Pública y sus oficinas provinciales formalizaron y apoyaron el rol de los facilitadores como un componente integral de su trabajo regular como funcionarios del Ministerio. Los facilitadores crearon equipos de mejoramiento en cada área de salud, proporcionaron la capacitación para realizar un estudio de línea de base sobre calidad, y brindaron asistencia técnica continua en todas las áreas problemáticas con las que se enfrentaron los equipos. Las metas de expansión se alcanzaron en su mayoría con recursos de las Direcciones Provinciales de Salud y de oficinas en el nivel central del Ministerio de Salud. El Proyecto de Garantía de la Calidad proporcionó apoyo técnico y materiales para la capacitación, particularmente insumos de oficina de bajo costo.

En la tercera etapa de la expansión, cuatro nuevas provincias (Orellana, Chimborazo, Carchi, y Loja) junto con todas sus áreas de salud adoptaron el modelo de MCC. Los facilitadores provinciales fortalecieron su rol en las provincias, y algunos de ellos empezaron a viajar a provincias cercanas para apoyar a los equipos de MCC. La Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita empezó a adoptar un nuevo rol dentro del programa de MCC, apropiándose del mismo, y demandando mayor calidad a los establecimientos. La Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y la Asociación de Municipalidades del Ecuador desarrollaron un mecanismo y pautas para que los gobiernos locales municipales tengan un rol formal en el monitoreo y promoción de la calidad de la atención en los establecimientos de sus respectivos cantones. QAP firmó acuerdos de cooperación con el Fondo de Población de las Naciones Unidas y Family Care Internacional, según los cuales estas organizaciones internacionales apoyarían técnica y financieramente actividades de MCC en provincias seleccionadas.

El estudio probó la factibilidad y efectividad de una intervención descentralizada en la que funcionarios provinciales del MSP fueron capacitados como facilitadores de MCC a fin de expandir un modelo de mejora continua de la calidad como parte del proceso de institucionalización. En términos de la expansión geográfica del modelo de MCC, la estrategia fue exitosa, ya que permitió que el modelo se extienda desde 12 áreas de salud iniciales (cantones) en ocho provincias, a 70 áreas de salud en once provincias. Esto representa una expansión del 500% en dos años.

El programa de MCC se encuentra ahora activo en la mitad de las provincias de Ecuador, y en el 42% de 168 áreas de salud del país. Dado que el Programa de Maternidad Gratuita cubrió 855.491 controles prenatales y 102.756 partos en el 2004, se podría argumentar que los efectos del programa de MCC están alcanzando a una proporción considerable de los beneficiarios del Programa de Maternidad Gratuita. Este resultado es importante puesto que ha demostrado la exitosa ampliación de un programa de MCC, que mostró beneficios claros en una etapa piloto corta, hasta un nivel de expansión que alcanza cobertura nacional.

Esta expansión se ha producido a bajo costo, debido a que la mayor parte de los costos directos de la expansión son costos de trabajo de los facilitadores y equipos de MCC en los establecimientos, los cuales se encuentran ya cubiertos por los salarios del MSP. En la Etapa Uno de la expansión el costo adicional por equipo de MCC (10 meses) fue USD \$1.151, mientras que en la Etapa Dos de la expansión se redujo a USD \$876. Sin embargo, el costo inicial más alto se produjo solo en las 14 áreas con las que se inició, en las que se estaba desarrollando la capacidad de los facilitadores y equipos de MCC. El costo más bajo en la segunda y tercera etapa se registró en las 56 áreas de salud. Basados en estos datos, pudimos proyectar que la expansión del programa de MCC a las restantes 98 áreas de salud en Ecuador tendría un costo directo de aproximadamente USD \$86.000 por un año de establecer el programa de MCC. Aún más interesante es el hecho de que la vasta mayoría de todos estos costos, no sólo del trabajo, sino también los "costos nuevos adicionales" específicos para las actividades de MCC, fueron pagados de los presupuestos de las áreas de salud, oficinas provinciales del MSP, o del Programa de Maternidad Gratuita en el nivel central. QAP pagó únicamente los salarios de sus consultores técnicos, copias de documentos de MCC, y gastos ocasionales por sesiones de capacitación y reuniones trimestrales de facilitadores de MCC.

Todos estos logros tendrían poco significado si la calidad de los servicios proporcionados bajo el Programa de Maternidad Gratuita no hubiesen mejorado. Como se documenta en este reporte, el Programa de MCC fue capaz de mostrar mejoras cuantitativas importantes en la calidad de la atención mediante mediciones objetivas y verificables. Los equipos de MCC en casi todos los setenta establecimientos participantes en el programa de MCC, fueron capaces de incrementar el cumplimiento de estándares de calidad basados en la evidencia, mejorando de manera objetiva la calidad de la atención prenatal, del parto, post-parto, la atención inmediata al recién nacido, y de complicaciones obstétricas, para decenas de miles de las madres y niños más pobres del Ecuador.

ABREVIATURAS

AIEPI	Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AME	Asociación de Municipalidades del Ecuador
CONAMU	Consejo Nacional de Mujeres
CONASA	Consejo Nacional de Salud
DPAIS	Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de la Salud
FNUAP	Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población
FONNIN	Fondo Nacional para la Nutrición Infantil
GC	Garantía de la Calidad
ICE	Impuesto a los Consumos Especiales
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INNFA	Instituto Nacional del Niño y la Familia
LACRSS	Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe
LMGYAI	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
MCC	Mejora Continua de la Calidad
MODERSA	Proyecto de Modernización de la Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PF	Planificación Familiar
QAP	Proyecto de Garantía de Calidad
SMI	Salud Materno-Infantil
SOLCA	Sociedad Ecuatoriana Contra el Cáncer
UEPMGYAI	Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
URC	University Research Co., LLC
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

I. INTRODUCCIÓN

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) fue originalmente aprobada por el Congreso Nacional en su primera versión en 1994, pero no empezó a tener un impacto significativo sobre el sistema de salud del país hasta el año 2000, después de que varias reformas fueron aprobadas, las mismas que fortalecieron sus mecanismos de financiamiento e implementación. El modelo y conjunto de servicios garantizados por la LMGYAI, que se entregan a madres y niños a través de las unidades del Ministerio de Salud, se han convertido en una iniciativa importante para el mejoramiento de la cobertura de servicios básicos de salud. Además, a través de las reformas que la LMGYAI incorpora para la cogestión con los municipios, y para la veeduría a la calidad de los servicios, la aplicación de la Ley ha sido una fuerza de empuje para la reforma del sistema de salud en el Ecuador.

La LMGYAI desde su diseño incluyó un énfasis explícito en el aseguramiento de la calidad de los servicios que se garantizan a la población beneficiaria. En consecuencia, el Proyecto de Garantía de Calidad (QAP) identificó la oportunidad para estudiar la introducción de un enfoque sistemático para el mejoramiento continuo de la calidad a escala nacional, como parte de la evolución de la implementación de la Ley.

En la actualidad son muchos los países en desarrollo, no sólo en América Latina sino en el mundo, que realizan esfuerzos para institucionalizar modelos de Garantía de Calidad en sus instituciones. En estos esfuerzos, los gobiernos y las instituciones invierten considerables cantidades de recursos financieros y humanos. El presente estudio de los procesos de institucionalización tiene por objeto documentar los factores que favorecen o dificultan el proceso de institucionalización de la MCC, así como explorar las estrategias más costo-efectivas para superar los obstáculos.

Para fines del presente trabajo se define “institucionalización de la calidad” como el proceso mediante el cual una organización de salud establece progresivamente la Mejora Continua de la Calidad (MCC) como una parte integral y sostenible de su rutina diaria de trabajo¹. A su vez, se entiende *Mejora Continua de la Calidad* como el conjunto de actividades, estructuras y valores que una organización desarrolla y que le permiten sistemáticamente la medición, reporte y mejoramiento continuo de la calidad de los procesos principales de atención a la salud. La calidad de los procesos incluye la definición de calidad desde la perspectiva técnica a través de la evidencia, como también la calidad definida desde la perspectiva del usuario.

En este marco, el Proyecto de Garantía de Calidad, QAP, decidió realizar una investigación operativa orientada al estudio del proceso de institucionalización de un modelo de MCC en el Ecuador, en el marco de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI). Los objetivos del estudio fueron:

1. Describir y documentar el proceso y metodología para la institucionalización del mejoramiento de la calidad en el “Programa de Maternidad Gratuita y Atención al Infancia” del Ministerio de Salud del Ecuador.

¹ Franco, L.M. y col. 2002. Sostenibilidad de la Calidad de la Atención en Salud: Institucionalización de la Garantía de la Calidad. *Serie de monografías de la garantía de calidad* 2(1). Bethesda, MD: Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad.

2. Demostrar los resultados de la estrategia basada en facilitadores provinciales y locales del MSP, en tres etapas, para la expansión del modelo de Mejora de la Calidad.
3. Explorar las asociaciones entre el proceso de institucionalización de la calidad en las áreas de salud y la presencia de elementos favorables en el contexto organizacional introducidos por la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI).
4. Sintetizar las lecciones aprendidas que puedan ser adaptadas y aplicadas a otras experiencias de institucionalización del mejoramiento de la calidad en países latinoamericanos.

Para el Proyecto de Garantía de Calidad, QAP, que ha contribuido exitosamente al desarrollo de modelos, métodos y herramientas para la Garantía de calidad, el presente estudio de los procesos de expansión e institucionalización representa un escalón más en su propósito de apoyar a los países e instituciones en sus esfuerzos de mejora.

El presente informe documenta y describe el proceso de institucionalización de la MCC en el Ministerio de Salud del Ecuador, con especial énfasis en la fase de expansión de dicho proceso. En particular, los autores analizan aspectos específicos de este proceso, como el desarrollo de políticas a favor de la calidad, el desarrollo de liderazgo para la calidad, el uso de recursos tanto humanos como económicos, la creación de una estructura organizativa para la calidad en el MSP, el desarrollo de la capacidad técnica para la calidad en el personal, aspectos de incentivos para la calidad y el costo promedio del proceso para un distrito típico del MSP. Se describe además el rol que han desempeñado los involucrados en este proceso: la Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (UEPMGYAI), la Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral a la Salud (DPAIS), las Direcciones Provinciales de Salud y los equipos administrativos de las áreas de salud.

El reporte está dirigido hacia los directivos de las instituciones de salud en países de América Latina que hacen esfuerzos para institucionalizar modelos de Mejora de la Calidad, hacia las organizaciones de usuarios e instituciones representativas de sus intereses, y hacia las agencias que ofrecen apoyo técnico o financiero a estos esfuerzos.

II. MODELO CONCEPTUAL PARA LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA MCC

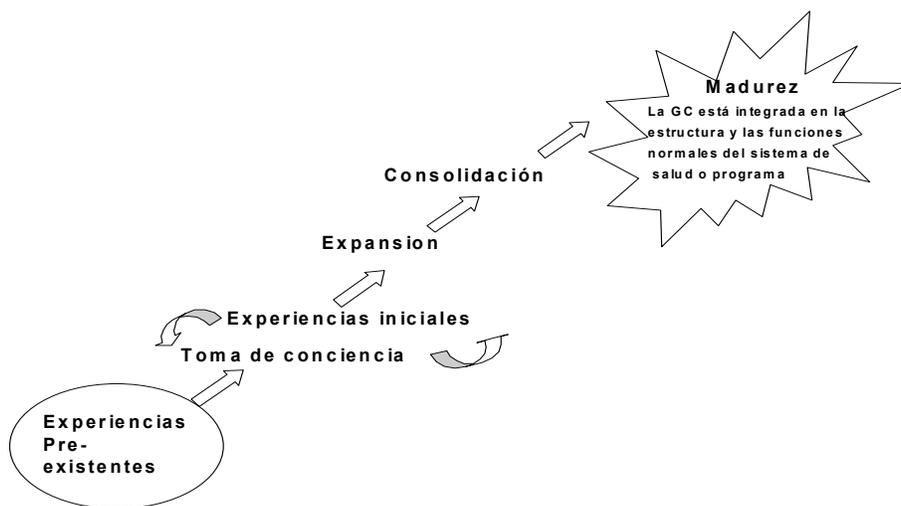
LAS FASES DE INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA MCC

Para describir el proceso de institucionalización en sus diferentes fases, el presente estudio tomó como base conceptual el modelo propuesto por el QAP en su monografía sobre institucionalización de la garantía de la calidad². Se propone que la institucionalización de la Garantía de la Calidad (GC) es un proceso evolutivo en el cual los cambios organizacionales ocurren progresivamente, mientras la calidad es integrada conceptual y operativamente en la estructura funcional de la organización. De esta manera, el proceso de institucionalización atraviesa una serie de fases

² Franco L. M., 2002. Ibid.

cronológicas, desde un estado de conciencia inicial de la GC hasta el estado final de madurez en las funciones y estructura de la GC. El Proyecto de Garantía de Calidad ha identificado cuatro fases principales de transición: conciencia inicial, primeras experiencias, expansión y consolidación (ver Gráfico 1).

GRÁFICO 1: FASES EN EL PROCESO DE INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD



La Fase de Conciencia Inicial se caracteriza porque los individuos, especialmente los líderes, adquieren conciencia sobre la necesidad de mejorar la calidad en la atención y la posibilidad de llevar a la práctica algunas acciones concretas y sistemáticas en este campo.

En Ecuador, probablemente desde inicios de la década de los '90 empezó a existir en el Ministerio de Salud Pública una conciencia de la necesidad de mejorar sistemáticamente la calidad de la atención. De hecho, la Constitución Política de la República del Ecuador establece en el artículo No. 42 que "...el Estado ecuatoriano garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, ...conforme a los principios de equidad, solidaridad, universalidad, **calidad** y eficiencia..". Alrededor de 1994-95, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y QAP apoyaron al MSP en actividades iniciales de Garantía de Calidad en varias Unidades de Salud en diferentes provincias. Producto de ello, la OPS y CARE publican el texto "La Gerencia de la Calidad Total en Salud"³ en 1995. También en Agosto de 1995, el MSP y el Proyecto QAP organizaron en Quito la Conferencia Latinoamericana sobre Calidad de los Servicios de Salud, en la que delegados de trece países latinoamericanos y ocho organizaciones internacionales discutieron sus experiencias.

En **la Fase de Primeras Experiencias** empiezan a implementarse acciones de mejoramiento de la calidad a pequeña escala dentro de la organización. Típicamente se realizan aproximaciones de mejoramiento para aprender de la experiencia y desarrollar evidencia (documentar resultados), demostrando que el mejoramiento de la calidad conduce a mejoras en el cuidado de calidad. Al final de

³ Vanormelingen K., y col. "La Gerencia de la Calidad Total en Salud". OPS/OMS, CARE. Quito, 1995.

esta fase, cuando se pueden demostrar logros de las actividades de mejoramiento, se desarrolla suficiente impulso para que una organización pase a la fase de expansión.

En 1993-95, el MSP, con la asesoría técnica de QAP, llevó a cabo actividades en el manejo con calidad de los casos de cólera y diarrea aguda, en unidades hospitalarias y ambulatorias de los cantones Babahoyo y La Troncal⁴. En 1995, la Dirección General de Salud del MSP conjuntamente con QAP, coordinaron actividades relacionadas a la Gerencia de la Calidad. Como resultado de esta actividad en 1997 se creó el Programa Nacional de Mejoramiento de la Calidad⁵, llevándose a cabo actividades en 7 hospitales y 16 Áreas de Salud en las provincias de Pichincha, Chimborazo, Azuay, Guayas, Bolívar, Carchi y Cotopaxi en donde se conformaron y capacitaron a Equipos de Mejoramiento de la Calidad, los mismos que realizaron la identificación y análisis de problemas operativos para la aplicación de intervenciones de mejoramiento. En 1997, el MSP y QAP publicaron el Manual "Métodos y herramientas para la resolución de problemas de calidad en servicios de salud"⁶. Como parte de este programa en 1998, la Dirección Nacional de Desarrollo de Servicios de Salud del MSP, con apoyo técnico del Proyecto de Garantía de Calidad impulsó en 17 hospitales cantonales del MSP la implementación del modelo de gestión para la calidad.

En 1999 la Unidad de Garantía de Calidad del MSP, conjuntamente con QAP, desarrollaron la Investigación Operativa: "Rediseño del sistema de documentación hospitalaria como herramienta de apoyo a la calidad y la gestión, enfocado en la historia clínica de internación obstétrica"⁷. Esta investigación tuvo como objetivo principal el desarrollar y probar un método de rediseño de procesos que permita un mejor manejo del sistema de documentación hospitalario.

En Septiembre del 2000, como producto de las crecientes experiencias en Garantía de Calidad del MSP, con apoyo de QAP se publica la serie "Gestión para la Calidad en Unidades de Salud descentralizadas", la que es aplicada en 17 hospitales del Ecuador⁸.

En el 2001, el MSP, la Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (UEPMGYAI), y QAP, desarrollaron la investigación operativa. "La Garantía de Calidad en un nuevo modelo de financiamiento en salud dentro de la

⁴ Hermida Jorge y col. 1994. Los Métodos de Garantía de Calidad mejoran la calidad de la atención de casos de cólera y diarrea aguda en los servicios de salud del Ecuador. *Informativo Noticias, QAP*. Bethesda, MD: Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de la Calidad.

⁵ República del Ecuador, Ministerio de Salud. 1996. Acuerdo Ministerial No. 3339.

⁶ Ministerio de Salud Pública del Ecuador; Proyecto de Garantía de la Calidad; USAID; OPS. 1997. "Métodos y herramientas para la resolución de problemas de calidad en servicios de salud", módulos Uno y Dos. Quito, Ecuador.

⁷ Bermeo A, y Romero P. 2002. Rediseño del sistema de documentación hospitalaria como herramienta de apoyo a la calidad y la gestión, enfocado en la historia clínica de internación obstétrica. *Informes de Investigaciones Operativas 2(6)*. Bethesda, MD: Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad.

⁸ Ministerio de Salud Pública del Ecuador; Proyecto de Garantía de Calidad; USAID. Documento No.1: "Introducción y bases conceptuales para la gestión de la calidad". Documento No. 2: "Diagnóstico situacional para la gestión de la calidad". Documento No. 3: "Planificación estratégica para la gestión de la calidad". Quito, Ecuador. Septiembre, 2000.

reforma del sector (Programa de Maternidad Gratuita en el Ecuador)”⁹. Esta investigación se llevó a cabo en 8 hospitales (4 hospitales de intervención y 4 hospitales control). El objetivo de este estudio fue demostrar que la aplicación del “Modelo de Gestión para la Calidad” dentro del Programa de Maternidad Gratuita mejora la calidad técnica de los proveedores de salud. El estudio evidenció en los hospitales de intervención, comparados con hospitales control, un importante mejoramiento en los estándares clínicos y manejo de pacientes en el proceso de atención materno-infantil.

La Fase de Expansión se caracteriza por el incremento, a mayor escala, del número de Unidades de Salud que implementan acciones de mejora de la calidad. En esta etapa se desarrollan y llevan a la práctica estrategias para la expansión del mejoramiento de la calidad basadas en el conocimiento y experiencias adquiridas en fases previas. La expansión puede ser geográfica, pero también puede relacionarse a las diversas actividades de mejoramiento, el tipo de establecimiento o departamento involucrado, o a las áreas o problemas de salud. Un aspecto importante en la fase de expansión es la decisión para la inversión de recursos financieros, materiales y humanos por parte de la organización.

En Octubre del 2001 el Ministro de Salud Pública del Ecuador solicitó a QAP ampliar su apoyo para la ampliación del modelo de Mejora Continua de la Calidad (MCC) a los servicios provistos por el Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia¹⁰ para toda la población del Ecuador. La petición del Ministro se concretó en un acuerdo con la Unidad Ejecutora y con el MSP para que QAP apoye las siguientes líneas de trabajo: a) elaboración de protocolos de atención de las prestaciones contempladas en la Ley; b) validación de dichos protocolos a nivel nacional; c) elaboración de un módulo de capacitación en mejoramiento de la calidad, y d) iniciar la aplicación del modelo en ocho provincias. Esta fase de institucionalización se encuentra en desarrollo en Ecuador desde el año 2003 y es el tema del presente informe.

En **la Fase de Consolidación** la organización examina los avances logrados en la fase previa, y fortalece aquellas áreas de la garantía de la Calidad cuyo desarrollo haya sido más débil. Se realizan también ajustes a la estructura y funciones que se hayan establecido en las fases previas, en base a la experiencia lograda. En esta fase también se consolidan políticas institucionales y disposiciones legales que se consideren necesarias para lograr que la organización integre los mecanismos de la Garantía de la Calidad en la rutina normal de las funciones diarias de la organización a sus diferentes niveles.

⁹ Hermida J, and Robalino M.E. 2002. Incrementando el cumplimiento de estándares de salud materno-infantil en Ecuador. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol 14 (Suppl. 1)

¹⁰ Oficio N.- 07668, 18 de Octubre del 2001.

LOS ELEMENTOS ESENCIALES PARA LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA GC

En cada una de estas fases muchos factores afectan, a favor o en contra, la capacidad de la organización para institucionalizar la garantía de la calidad. El Proyecto de Garantía de Calidad, basado en una revisión de la literatura y en su propia experiencia internacional, identificó los siguientes factores esenciales, que fueron agrupados en tres categorías (ver Gráfico 2):

- 1) La categoría "**Ambiente interno**", se refiere a las condiciones que son necesarias dentro del ambiente interno de la organización, que favorezcan y faciliten el proceso de institucionalización de la garantía de la calidad. Los factores esenciales específicos que se consideran dentro de esta categoría son: a) **políticas institucionales** que sean favorables y guíen el proceso; b) **desarrollo de liderazgo** que establezca prioridades y conduzca al personal; c) disponibilidad de recursos humanos, financieros y materiales para la implementación de la garantía de la Calidad; y d) **valores organizacionales** que enfatizan la calidad y el mejoramiento.
- 2) La categoría "**Organización para la calidad**" se refiere a una clara definición de roles, responsabilidades y mecanismos de rendición de cuentas. A este factor esencial lo llamamos **Estructura para la Garantía de la Calidad**, que no debe relacionarse con la creación de un programa vertical con su propio equipo y recursos con funcionamiento independiente de otros programas. El concepto de Estructura para la Calidad no tiene el sentido físico de la existencia de una oficina o departamento, sino se refiere a los roles y responsabilidades que deben cumplir los niveles organizacionales y las personas, para asegurar un cuidado de calidad.
- 3) La categoría "**Funciones de apoyo**" incluye los siguientes factores esenciales: a) **Desarrollo de la capacidad** que incluye las actividades de capacitación, supervisión y apoyo técnico en mejoramiento de la calidad para los equipos humanos y personal institucional; b) **Información y comunicación**, que incluye la recolección y diseminación de experiencias y resultados del proceso de Garantía de Calidad, buscando el aprendizaje compartido y la interacción entre los equipos, las comunidades a las que se sirve, y otros actores (incluidos los que hacen y dictan políticas) dentro del sistema de salud ; c) **Incentivos a la calidad**, que incluye el desarrollo de mecanismos para el reconocimiento y recompensa a los esfuerzos de individuos y equipos humanos que trabajan en mejoramiento de la calidad.

GRÁFICO 2: ELEMENTOS ESENCIALES PARA LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA MCC

Ambiente interno:
Políticas institucionales
Liderazgo
Recursos

Organización para la calidad:
Estructura organizacional

Funciones de apoyo:
Desarrollo de la capacidad
Información y comunicación
Incentivos a la calidad

En las secciones siguientes del presente informe se describirá de manera sistemática cómo se llevó a la práctica la fase de expansión del proceso de institucionalización de la MCC en el MSP del Ecuador, en el marco de la Ley de Maternidad Gratuita, para lo cual se analiza uno por uno el desarrollo de los factores esenciales.

III. MÉTODOS

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo general del estudio fue documentar el proceso, la metodología aplicada y los resultados en la institucionalización y expansión de la Mejora Continua de la Calidad (MCC) dentro del “Programa de Maternidad Gratuita y Atención al Infancia” del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. La hipótesis general fue que una intervención aplicada por el Ministerio de Salud, con el apoyo técnico del Proyecto de Garantía de Calidad, produciría efectos demostrables sobre dos dimensiones: a) expansión de la práctica de MCC a un mayor número de áreas de salud del MSP, a un costo bajo; y b) fortalecimiento de la institucionalización de la práctica de MCC en las unidades de salud y en los niveles gerenciales.

Las preguntas de investigación más importantes fueron:

1. Es posible conseguir la expansión e institucionalización de la MCC, a través de una intervención basada en el trabajo de funcionarios de las oficinas locales del MSP (facilitadores de MCC), que actúan como replicadores de la capacitación y como elementos de apoyo y seguimiento local al trabajo de los equipos de Mejora Continua?
2. Cuáles son los principales factores facilitadores y obstaculizadores de este modelo, en términos de los elementos esenciales para la institucionalización descritos anteriormente?
3. Cuál es el costo de este modelo?
4. Cuáles son los resultados en términos de magnitud de la expansión y mejora de la calidad de la atención?

MEDICIÓN DE LOS EFECTOS DE LA INTERVENCIÓN

Los efectos esperados de la intervención, que se midieron, fueron:

1. Expansión geográfica del modelo de MCC a un mayor número de áreas de salud y provincias.
2. Desarrollo de los elementos esenciales del proceso de institucionalización:
 - Ambiente interno favorable a la MCC: (políticas, liderazgo, recursos)
 - Estructura organizacional para la MCC
 - Funciones de apoyo (desarrollo de la capacidad técnica, información y comunicación, e incentivos)

3. Cambios en el cumplimiento de estándares de calidad en establecimientos que participan del modelo de MCC

FUENTES DE LOS DATOS

La información sobre progreso en políticas y uso de recursos se obtuvo de documentos oficiales del MSP y de la Unidad Ejecutora de la LMGYAI. Para obtener información sobre el progreso en el resto de elementos esenciales en la Etapa Uno, se elaboró y aplicó encuestas a los 38 facilitadores provinciales y locales, así como a los 14 equipos de mejoramiento de cada una de las Áreas que iniciaron el proceso de institucionalización de la MCC. Estas encuestas contenían preguntas relacionadas con el trabajo que llevan a cabo los facilitadores y los equipos de mejoramiento, aspectos relacionados con la participación de las autoridades en el proceso de mejoramiento de la calidad, utilidad de los contenidos metodológicos sobre calidad, factores que facilitaron y dificultaron la réplica de la capacitación. Las encuestas fueron enviadas por correo regular y electrónico. El 86% (33) de los facilitadores y el 71% (10) de los equipos de mejoramiento respondieron la encuesta.

La información sobre el progreso de la institucionalización en la Etapa Dos fue recogida a través de encuestas enviadas por correo electrónico o correo regular a 27 Áreas de Salud seleccionadas en 5 provincias, así como también a 10 facilitadores provinciales¹¹. La información relativa a costos fue recogida directamente por un miembro del equipo de QAP.

IV. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

El modelo para la expansión de la MCC se realizó en tres etapas, como se muestra en el Gráfico 3.

Etapa Uno (Enero–Septiembre 2003): Formación de facilitadores y equipos de MCC iniciales en 14 Áreas de Salud en 8 provincias seleccionadas¹².

a) Selección de provincias y Áreas de Salud: el MSP, la UEPMGYAI y el equipo de QAP utilizaron los siguientes criterios para la selección de provincias y Áreas de Salud en las que se realizaría la intervención:

- Cantones donde existían Comités de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud.
- Cantones con cifras importantes de mortalidad materna e infantil
- Provincias que anteriormente habían trabajado en mejoramiento de la calidad

b) Selección y capacitación de facilitadores provinciales y locales en MCC:

¹¹ Los criterios para seleccionar estas áreas de salud fueron: a) disponibilidad de documentación; b) disponibilidad de nombres y datos de personal que participó en actividades de MCC; c) disponibilidad de información sobre tiempo dedicado a la MCC; d) disponibilidad de documentación sobre gastos del área de salud para actividades de MCC.

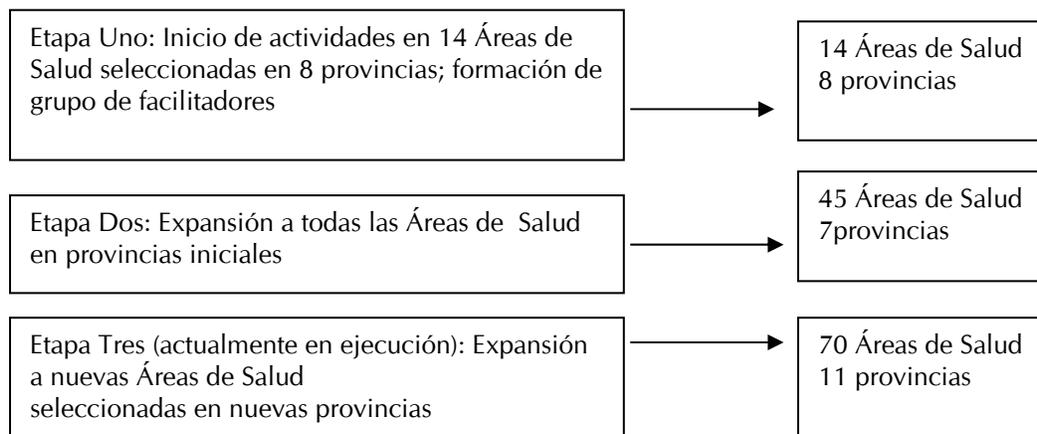
¹² Existen 168 Áreas de Salud en 22 provincias en el Ecuador.

Se acordó que los Responsables de Salud Materno-Infantil en cada una de las Direcciones Provinciales de Salud seleccionadas sean capacitados y actúen como facilitadores provinciales del proceso. Se escogieron también a dos funcionarios de cada Área de Salud seleccionada para capacitarlos y que se desempeñen como facilitadores locales del proceso de mejoramiento de la calidad. Los facilitadores de las provincias y Áreas seleccionadas fueron capacitados por personal de QAP en tres talleres realizados en el año 2003. Cada taller tuvo aproximadamente 16-20 horas de duración, y se realizaron con un intervalo de 6-8 semanas.

c) Conformación de Equipos de Mejoramiento de la Calidad en cada Área de Salud seleccionada:

Los facilitadores integraron Equipos de Mejoramiento con personal del hospital cantonal o centros de salud en cada una de las 14 Áreas de Salud. Los equipos estuvieron integrados por médicos, enfermeras, obstétricas, estadísticos y personal administrativo, quienes fueron capacitados por los facilitadores en la metodología de mejoramiento en su respectiva área de salud, a través de la réplica de los tres talleres. Los facilitadores también dieron seguimiento al trabajo de los Equipos a través de visitas de apoyo para supervisar actividades de mejoramiento y monitoreo. Cada área de salud reportó mensualmente las mediciones de cumplimiento de estándares, así como planes y actividades de mejoramiento del equipo.

GRÁFICO 3: LAS TRES ETAPAS DE EXPANSIÓN DE LA MCC



Etapa Dos (Octubre 2003-Diciembre 2004): Expansión a todas las áreas de salud de las 8 provincias seleccionadas inicialmente.

a) Conformación de un Equipo Conductor en el nivel Central del MSP: Con el fin de dar un seguimiento más constante por parte del MSP a las provincias inmersas en el proceso, se integró un Equipo Conductor de nivel nacional integrado por funcionarios del MSP (DPAIS y UEPMGYAI) y QAP.

b) Visitas técnicas a las provincias para planificar la expansión: Un representante de QAP conjuntamente con funcionarios del MSP realizaron reuniones técnicas en las ocho provincias iniciales, a las que asistieron el Director Provincial de Salud, y los Coordinadores de todas las áreas de salud de cada provincia. En las reuniones se presentó el enfoque metodológico para trabajar en calidad, y la experiencia del

trabajo llevado a cabo por los facilitadores y equipos de mejoramiento de las Áreas que participaron inicialmente. De igual manera se dio a conocer el marco legal que ampara al proceso de mejoramiento continuo de la calidad para su aplicación y el compromiso de liderazgo que ha asumido el MSP para expandir la MCC a nuevas áreas de salud. La visita técnica terminaba con un plan de trabajo para la expansión de la mejora continua de la calidad a todas las áreas de cada provincia.

c) Integración y capacitación de equipos de mejoramiento de la calidad en todas las áreas de salud de las ocho provincias iniciales: En cada área de salud de las ocho provincias se integraron equipos de mejoramiento, los cuales fueron capacitados en la metodología por los facilitadores formados en la Etapa Uno. Los nuevos Equipos realizaron una línea de base, dieron inicio a la implementación de ciclos rápidos de mejora, y comenzaron el monitoreo mensual del cumplimiento de estándares de calidad clínica y satisfacción de usuarias. Los facilitadores además realizan visitas de apoyo técnico a los Equipos. Los talleres realizados en las provincias se ejecutaron con financiamiento de las mismas áreas y provincias.

d) Reuniones de actualización de facilitadores: En Noviembre del 2003 y Marzo del 2004, se realizaron talleres de actualización de conocimientos y de fortalecimiento de las funciones de los/as facilitadores/as, en el que los facilitadores expusieron y discutieron los avances, dificultades detectadas, y soluciones implementadas en sus respectivas provincias.

e) Dotación de herramientas técnicas para la mejora continua de la calidad a todos los facilitadores.

f) Revisión de estándares, indicadores e instrumentos: Los técnicos de los programas involucrados en el Proyecto, así como el Equipo Conductor, respaldados en las normas de atención de salud sexual y reproductiva e infantil, y acogiendo recomendaciones locales, modificaron los estándares e indicadores iniciales.

g) Sistema de monitoreo, consolidación y reporte del cumplimiento de estándares de calidad: El MSP, con el apoyo de QAP, desarrolló un sistema de monitoreo y reporte electrónico para los indicadores de calidad. El sistema está basado en una hoja electrónica Excel que permite a los facilitadores y equipos de mejoramiento ingresar sin mayor esfuerzo los numeradores y denominadores para construir cada uno de los 16 indicadores de calidad. El programa produce automáticamente los porcentajes de cumplimiento de cada estándar y un gráfico de series de tiempo que permite visualizar el comportamiento del indicador. La información es enviada desde el Equipo de mejoramiento al Facilitador provincial por correo electrónico y/o fax. El Facilitador provincial consolida la información de todas las Áreas de la provincia en una base de datos provincial y la envía al nivel Central para su respectivo análisis y retroalimentación.

Etapa Tres (Enero 2005 - en adelante): Expansión a nuevas provincias seleccionadas:

A fines del 2004, con apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP), dos nuevas provincias, Orellana y Chimborazo, adoptaron el modelo de MCC. Dos provincias adicionales, Loja y Carchi, iniciaron con el modelo de MCC a inicios del 2005, con lo cual el modelo de MCC se ha extendido a once de las veinte y dos provincias del país, y a 70 de las 168 Áreas de Salud (42% del total en el país). La magnitud de esta expansión, de 14 a 70 Áreas de Salud (500%), ha ocurrido

en poco más de un año. El costo operativo de la expansión ha sido cubierto en su gran mayoría con fondos propios de las Unidades locales del Ministerio de Salud, a excepción de la asistencia técnica cubierta por QAP y más recientemente por el FNUAP.

V. ETAPA UNO DE LA EXPANSIÓN: ENERO-SEPTIEMBRE 2003

INICIO DEL MODELO DE MCC EN 14 ÁREAS DE SALUD SELECCIONADAS EN OCHO PROVINCIAS

Treinta y seis facilitadores fueron capacitados en tres talleres consecutivos sobre métodos y herramientas para la MCC¹³. Estos facilitadores volvieron a sus lugares de trabajo e integraron Equipos de MCC en cada una de las 14 áreas de salud en las ocho provincias iniciales. Durante la Etapa Uno, los Equipos establecieron una línea de base sobre el cumplimiento de estándares y los monitorearon mensualmente. Aplicaron ciclos rápidos de mejora de la calidad para aquellos procesos de atención cuyos indicadores denotaron problemas.

A lo largo de los nueve meses que duró esta etapa, solamente dos Áreas de Salud en una provincia (Guayas), no progresaron en sus actividades de MCC. Los esfuerzos de los facilitadores provinciales y el apoyo de la Dirección Provincial del MSP fueron débiles, lo cual repercutió en que las actividades de los Equipos de MCC en estas dos Áreas de salud fueran debilitándose progresivamente. Al finalizar esta etapa, doce áreas de salud en siete provincias tuvieron Equipos de MCC firmemente establecidos, logrando mejoras significativas en la calidad de la atención a la salud materna en sus respectivas unidades de salud.

En las siguientes páginas se presentarán y discutirán los resultados alcanzados en cada uno de los siete factores esenciales, así como también los resultados en la magnitud de la expansión del modelo de MCC, y en la mejora de la calidad de la atención clínica y de satisfacción de la usuaria.

DESARROLLO DE POLÍTICAS FAVORABLES A LA MCC

QAP apoyó la expedición de algunos de los siguientes instrumentos de política, a través de su constante participación en el Comité de Apoyo y Seguimiento a la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita. Este Comité está integrado por el Ministerio de Salud, la Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), FNUAP, el Consejo Nacional de la Mujer (CONAMU), Asociación de Municipalidades del Ecuador, el Consejo Nacional de Salud, y el Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA).

- *La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia* es uno de los documentos más importantes de política a favor de la calidad. Aprobada por el Congreso Nacional en el año de 1994, y reformada en 1998, en el Artículo 1 manifiesta: que

¹³ Los contenidos de la capacitación se describen con más detalle en las secciones siguientes; el manual de capacitación se encuentra en el Anexo 2.

“toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y post-parto, así como el acceso a programas de salud sexual y reproductiva”¹⁴

- En 2002, el Congreso Nacional expide el *Reglamento a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia*¹⁵; en el cual se señala explícitamente que la Unidad Ejecutora de la Ley “definirá los criterios técnicos, estándares e indicadores de calidad de los servicios de salud cubiertos por la Ley”, en coordinación con el MSP. El Reglamento define así mismo, funciones relacionadas al mejoramiento de la calidad de la atención para las Direcciones provinciales del Ministerio de Salud, para los Comités Locales de Gestión de los Fondos de salud, y para los Comités de Usuarías locales.
- *El Manual Técnico, Operativo, Administrativo y Financiero* para la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita, expedido en 2002, incluye un capítulo con guías clínicas (protocolos) de atención basados en la evidencia, así como estándares e indicadores de calidad para las principales prestaciones de la Ley¹⁶. QAP brindó de forma directa asistencia técnica a la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita para el desarrollo de estos protocolos, estándares, e indicadores.
- La *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*¹⁷ fue expedida por el Congreso Nacional en Septiembre de 2002. Establece la calidad y calidez de la Atención, así como la satisfacción de los usuarios, como uno de los principios de Sistema Nacional de Salud. El *Reglamento General* para esta Ley, expedido en Enero del 2003, puntualiza de manera más explícita en mecanismos de licenciamiento y acreditación, así como en las funciones del Directorio del Consejo Nacional de Salud (CONASA) para establecer estándares e indicadores de calidad para los servicios de salud en el Ecuador. Establece también que la Comisión de Planificación y Seguimiento del CONASA “planificará e impulsará las acciones y procesos de Mejoramiento de la Calidad de los servicios de salud en el sector”.

¹⁴ Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, aprobada por el H. Congreso Nacional, y publicada en el Registro Oficial N.-523 del 9 de Septiembre de 1994. Reformada el 10 de agosto de 1998, y publicada en el Registro Oficial 381.

¹⁵ Publicado en el Registro Oficial No. 595 del 12 Junio de 2002.

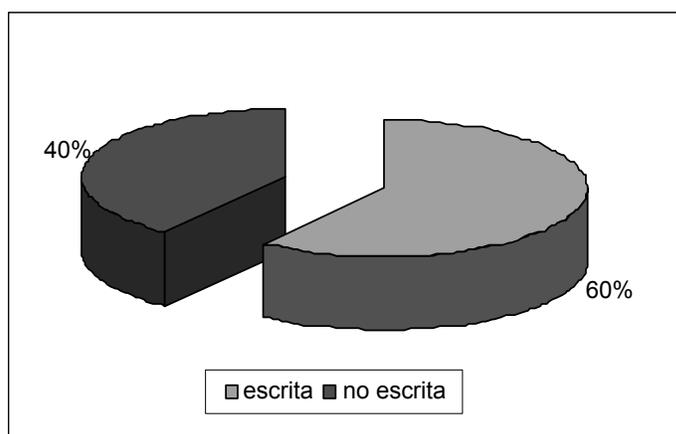
¹⁶ Manual Técnico, Operativo y Financiero. Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, INNFA, CONASA, CONAMU, AME. Quito, Ecuador. 2002. Acuerdo Ministerial No. 00537, 18 Septiembre, 2002.

¹⁷ Publicada en el Registro Oficial No. 670, del 25 de Septiembre de 2002.

LIDERAZGO

La mayor parte del liderazgo para la implementación de la MCC en la Etapa Uno estuvo en las Direcciones Provinciales del MSP. A nivel nacional, el Programa de Maternidad Gratuita exhibió liderazgo al incluir actividades de calidad de la atención como un componente regular de su Plan Operativo Anual, así como al discutir su progreso en varias reuniones nacionales de su Consejo Técnico. El nivel central del MSP no jugó en esta etapa un rol de liderazgo. En las provincias, los Directores de Salud Materno-Infantil, y en algunas además los Estadísticos y/o Enfermeras provinciales se capacitaron como facilitadores, y fueron designados por el nivel central del MSP como responsables de la implementación del programa de MCC. Estos responsables provinciales desempeñaron activamente un rol de liderazgo y funciones de apoyo a los equipos de MCC constituidos en los hospitales cantonales mediante visitas periódicas para brindar apoyo técnico a los equipos, consolidar la información provincial de los estándares e indicadores de calidad reportados por las áreas de salud, y negociar en su provincia recursos económicos para apoyar la expansión de la calidad. La mayoría (60%) de estos facilitadores provinciales en esta etapa de la expansión fueron designados mediante una notificación oficial del MSP, como se puede observar el Gráfico 4.

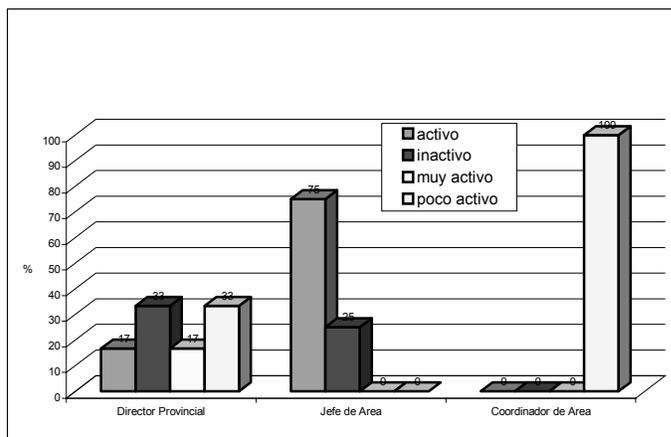
GRÁFICO 4: FORMA DE DESIGNACIÓN DE RESPONSABLES PARA LA MCC, ETAPA UNO



Fuente: Encuesta sobre ambiente favorable para la institucionalización de la MCC

Diez de los 14 equipos de MCC respondieron a un cuestionario sobre el grado percibido de participación y liderazgo de las autoridades provinciales y de áreas de salud en el proceso de institucionalización del MCC. Se definió "activo en apoyo a actividades de MCC" al grado de apoyo de las autoridades provinciales o de Área en términos de apoyo político, a través de la toma de decisiones, provisión de fondos para las actividades de MCC o participación directa en las actividades del equipo local de MCC. El Gráfico 5 muestra que 34% de los Directores provinciales y 75% de los Jefes de Área apoyaron el proceso de MCC ya sea "muy activamente" o por lo menos "activamente".

GRÁFICO 5: APOYO DE AUTORIDADES A LAS ACTIVIDADES DE MCC, ETAPA UNO



RECURSOS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD

La mayor parte de los recursos humanos, financieros, y materiales que se requirieron para establecer las actividades de MCC en la Etapa Uno de la expansión fueron aportados por el MSP y el Programa de Maternidad Gratuita. Este último asignó aproximadamente USD \$65.000 en su presupuesto operativo del año 2002-2003 para pagar los costos de la capacitación que recibieron los facilitadores provinciales y locales formados al inicio del proceso de institucionalización de la MCC¹⁸.

El tiempo de trabajo que los facilitadores provinciales y locales invirtieron en la capacitación y apoyo a los Equipos de MCC en las 14 Áreas iniciales fue íntegramente pagado por el MSP. Las Direcciones provinciales del MSP cubrieron los gastos de viaje y estadía de los facilitadores para estas capacitaciones. QAP aportó con los materiales que los facilitadores requerían para la réplica de los talleres hacia los Equipos de MCC en cada provincia, y con la asistencia técnica.

Costos de institucionalización de la MCC durante la Etapa Uno de la expansión

Un miembro del equipo de QAP visitó a los equipos de MCC y aplicó directamente una encuesta sobre diferentes actividades que realizaron los equipos durante esta fase y los costos que éstas tuvieron. Se establecieron únicamente los costos directos de las actividades de MCC: a) el costo de las horas de trabajo que invirtieron los equipos en actividades de mejoramiento; b) costos de transporte, gasolina, viáticos y subsistencias que recibieron miembros de los equipos para trasladarse a recibir capacitación en MCC; c) gastos que realizaron en la compra de materiales de oficina y; d) gastos relacionados a las capacitaciones en MCC (refrigerios/ almuerzos de los participantes de los talleres). Los costos de la Etapa Uno se resumen en el Cuadro 1.

¹⁸ Programación Operativa Anual. Programa de Maternidad Gratuita. 2002.

CUADRO 1: COSTOS DEL PROCESO DE INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA MCC DURANTE LA ETAPA UNO (USD\$)

CATEGORÍA	UNIDADES	COSTO UNITARIO (USD \$)	COSTO PROMEDIO POR EQUIPO (YA CUBIERTO BAJO SALARIOS DEL MSP)	COSTO ADICIONAL POR EQUIPO, ESPECÍFICO PARA MCC	FUENTE DEL FINANCIAMIENTO
Promedio de horas que invirtió cada equipo (6 personas) en actividades de MCC en diez meses de la Etapa Uno	1.073 horas	2,95	3.165		Ministerio de Salud
Costo promedio de gasolina utilizada para movilizarse durante las actividades de MCC	40 galones	1,48		59,20	Maternidad Gratuita
Costo promedio de materiales de oficina utilizados en actividades de MCC				90,10	Maternidad Gratuita
Costo promedio de refrigerios/almuerzos de los equipos durante actividades de MCC				201,80	Maternidad Gratuita
Costo promedio de viáticos que recibieron los equipos durante actividades de MCC				800	Maternidad Gratuita
Costo promedio total de las actividades de MCC llevadas a cabo por un equipo durante la Etapa Uno			3.165	1.151	Total: 4.316

Fuente: Encuesta sobre costos de institucionalización de la MCC

La encuesta de costos fue aplicada a cuatro equipos de mejoramiento los cuales llevaron a cabo actividades de mejoramiento continuo de manera regular y que reunían los siguientes criterios:

- 1.- Tener documentadas las actividades realizadas en MCC (capacitaciones, mediciones, discusión de indicadores).
- 2.- Nombres y función de las personas que participaron en las actividades de MCC.
- 3.- Disponibilidad de información sobre tiempos (horas) que invirtieron en actividades de MCC.
- 4.- Documentos de los gastos realizados en actividades de MCC.
- 5.- Que las fuentes de la información estén disponibles para su revisión.

Para calcular el costo promedio del tiempo que invirtieron los equipos en actividades de MCC durante esta fase, se obtuvo en primer lugar un estimado del promedio de horas de trabajo que los integrantes de cada equipo invirtieron en

actividades de MCC (total de horas que trabajaron los miembros de los equipos en actividades de MCC durante los diez meses que duró esta fase dividido para el número de equipos): 1.073 horas. Este número de horas se multiplicó por el costo promedio de la hora de trabajo (USD \$2,95). El costo promedio de una hora de trabajo de un miembro de un equipo de MCC se obtuvo calculando el costo de una hora de trabajo de todos los miembros de los equipos y dividiendo este valor entre el número de miembros de los equipos¹⁹.

Los costos de la capacitación (tres talleres) para el grupo inicial de facilitadores fue cubierto con fondos del programa de Maternidad Gratuita, aproximadamente USD\$ 65.000, mientras que todos los fondos para la réplica de los talleres por los facilitadores en las 14 Áreas de Salud en las provincias iniciales se pagaron con fondos de las Direcciones Provinciales, de las Áreas de Salud, y/o de Maternidad Gratuita.

El 82% del costo anual total de un equipo de MCC correspondió al tiempo de trabajo de sus miembros, pero en realidad este no fue un costo adicional, ya que el tiempo de trabajo de los miembros de un equipo de MCC ya estaba cubierto a través de los salarios de sus integrantes, todos empleados del Ministerio de Salud. Los costos adicionales para las actividades de MCC fueron de USD \$ 1.151 por equipo y por año. El total de estos costos fue pagado de los presupuestos de capacitación o de transporte de las Áreas de Salud o de las Direcciones provinciales del MSP.

ESTRUCTURA

En esta etapa inicial se creó una estructura organizacional para las actividades de MCC a nivel provincial y de área de salud, siguiendo la estructura organizacional ya existente del MSP. Los equipos de MCC están en la base de esta estructura organizacional para la calidad. El facilitador local, quien es a la vez un miembro del equipo de MCC, apoya el trabajo de cada equipo. El facilitador provincial coordina el trabajo de MCC en la provincia, recibe y consolida los reportes de cumplimiento de estándares que envían los equipos, y los visita periódicamente para apoyarlos técnicamente, de manera especial con la aplicación de ciclos de mejora rápida.

Equipos de mejoramiento de la calidad

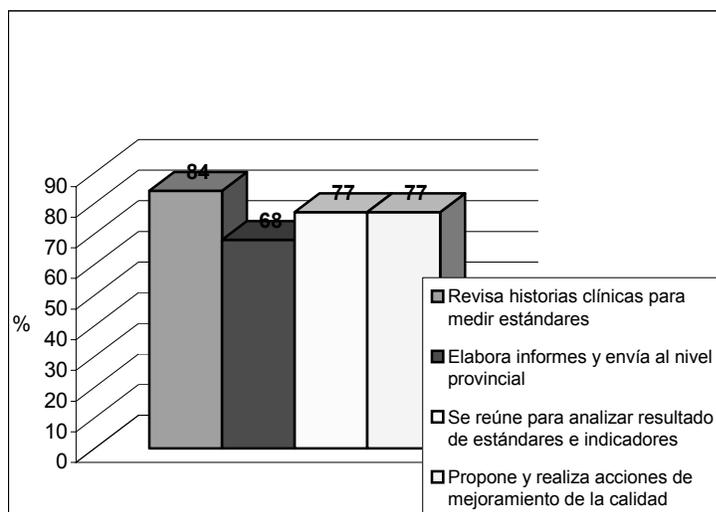
En esta etapa del proceso de expansión se integraron 14 equipos de mejoramiento en ocho hospitales y seis Centros de Salud de atención ambulatoria, en las 8 provincias en donde inició el programa. Los equipos de mejoramiento tienen aproximadamente 4 o 6 integrantes, y están conformados por médicos, enfermeras, estadísticos, obstétricas y personal administrativo. Sus responsabilidades incluyen monitorear la calidad de la atención y satisfacción del usuario, planear y llevar a cabo actividades para mejorar la calidad de la atención en los procesos seleccionados. Los equipos de MCC fueron capacitados por los facilitadores provinciales, en la mayoría de las veces, con apoyo de los facilitadores locales.

En esta etapa de la expansión, los equipos de mejoramiento han cumplido las siguientes actividades que se pueden apreciar en el Gráfico 6, obtenido de

¹⁹ Estos valores son aproximaciones, ya que se obtuvieron de una muestra de 4 de los 14 equipos de MCC.

información brindada por 33 facilitadores quienes respondieron a la encuesta que aplicó QAP.

GRÁFICO 6: ACTIVIDADES QUE CUMPLEN LOS EQUIPOS DE MEJORAMIENTO



Fuente: Encuesta sobre ambiente favorable para la institucionalización de la MCC

Los equipos de MCC se reúnen por lo general una vez al mes. En estas reuniones se realiza la auditoría de una muestra de historias clínicas para obtener indicadores del cumplimiento de estándares. El equipo de MCC examina las historias clínicas y discute si cumple o no con cada uno de los 16 estándares para la atención prenatal, parto, post-parto inmediato, atención del recién nacido y manejo de las principales complicaciones obstétricas. De hecho, este proceso no es solamente un monitoreo sino una forma de supervisión colectiva de la calidad de la atención. De la misma manera el equipo analiza periódicamente los resultados de las encuestas de satisfacción, que se realizan trimestralmente.

A partir de estos datos, el equipo de MCC establece qué resultados obtuvieron con las acciones de mejoramiento puestas en práctica en el período inmediatamente anterior para mejorar la atención, o solucionar un problema en un área débil que requiere mejoramiento de la calidad. A través de esta discusión, el equipo de MCC decidirá si la intervención fue exitosa y amerita su expansión a una escala mayor en la unidad o Área de Salud, o si se prefiere modificar la intervención, o si se desea escoger un nuevo proceso de atención para su mejoramiento. El equipo de MCC es además responsable de enviar la información mensual con los indicadores del cumplimiento de estándares al facilitador provincial en la oficina provincial del MSP.

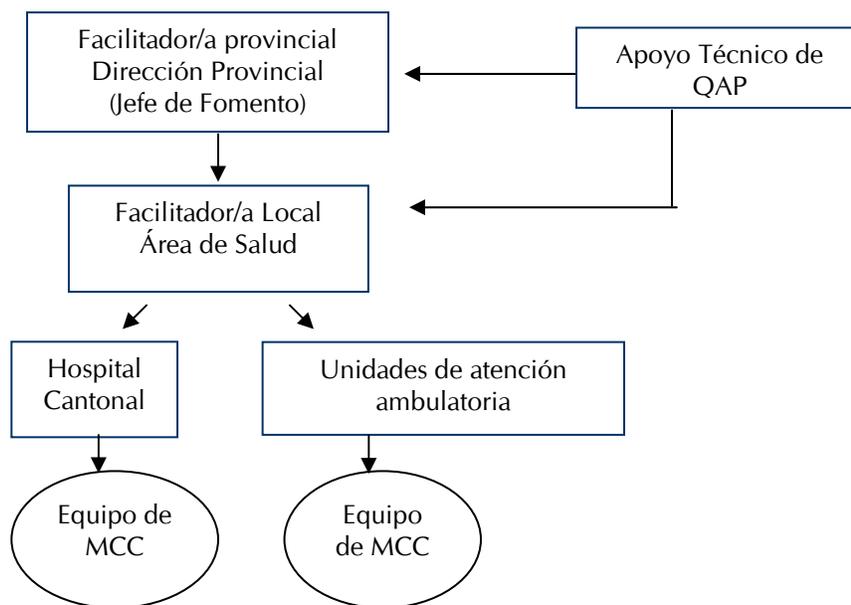
Facilitadores provinciales y locales

En las Direcciones Provinciales, el Responsable del Programa de Salud Materno-Infantil fue designado como facilitador de MCC, mientras que en las Áreas de Salud el Director de Área y/o Coordinador fue designado y entrenado para trabajar como facilitador local de MCC. La designación de estos funcionarios como facilitadores fue mediante de una carta oficial enviada por el Director Nacional de Salud Materno-Infantil y por la Unidad de Maternidad Gratuita. La carta establecía que sus funciones incluían el monitoreo y mejoramiento de la calidad en la atención a la salud materno-infantil en su provincia o área de salud, y que en adelante el MSP los capacitaría y

apoyaría para que desempeñen adecuadamente estas funciones. La estructura general de apoyo a las actividades de MCC a nivel provincial se detalla en el Gráfico 7.

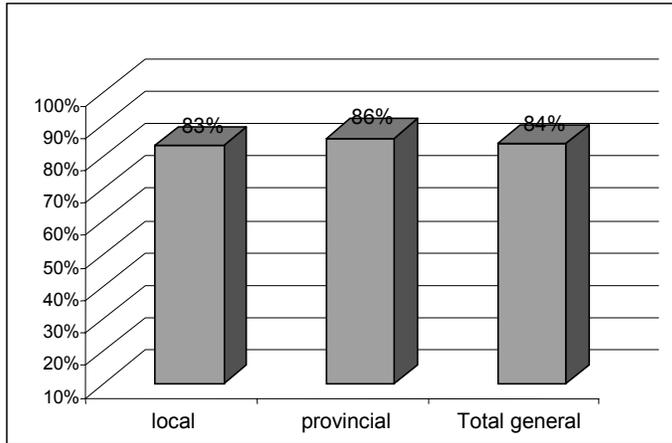
El papel del Facilitador fue decisivo en esta etapa. Los facilitadores capacitaron a los equipos de MCC, les brindaron apoyo técnico a través de visitas e incentivaron su trabajo. Entre las responsabilidades que deben llevar a cabo se encuentran la asistencia técnica a facilitadores locales y equipos de mejoramiento, implementar un plan provincial de calidad, consolidar la información mensual de indicadores reportada por las áreas a través de los equipos de mejoramiento continuo de la calidad, reportar la información consolidada de la provincia al equipo conductor en el nivel central, y buscar financiamiento para actividades de mejoramiento a nivel provincial. Los facilitadores provinciales no reciben ningún pago adicional por estas actividades, que se consideran son una parte de su función como responsables del programa Materno-Infantil en la provincia. Los gastos operativos que demandan las actividades de los facilitadores (transporte, combustible, viáticos), son cubiertos por el presupuesto regular de las Direcciones Provinciales de Salud.

GRÁFICO 7: ESTRUCTURA OPERATIVA PARA LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA MCC A NIVEL PROVINCIAL



En el Gráfico 8 se puede apreciar el porcentaje de facilitadores que se encuentran activos a nivel provincial y local, a finales de la Etapa Uno, de entre el número total de facilitadores capacitados. Se calificó de facilitador activo al que cumplía regularmente las siguientes actividades: brindar apoyo técnico a los equipos, realizar visitas, coordinar y poner en práctica planes de mejoramiento continuo.

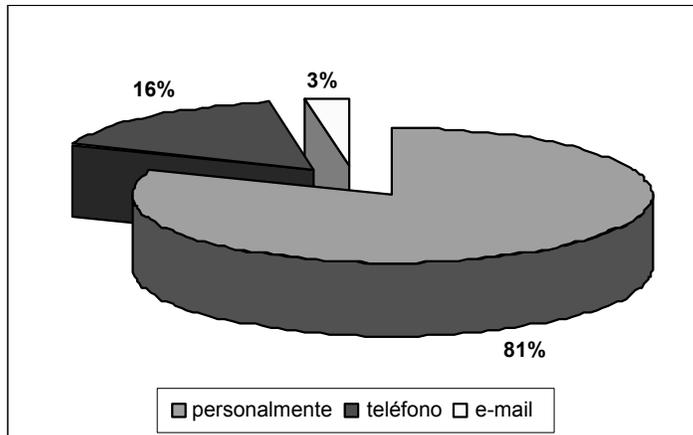
GRÁFICO 8: PORCENTAJE DE FACILITADORES CAPACITADOS EN MCC, ACTIVOS AL FINAL DE LA ETAPA UNO



Fuente: Encuesta sobre ambiente favorable para la institucionalización de la MCC

Los facilitadores brindaron asistencia técnica a los equipos de mejoramiento ya sea de manera personal, o por teléfono o e-mail, como se puede apreciar en el Gráfico 9.

GRÁFICO 9: FORMA DE APOYO TÉCNICO BRINDADO POR FACILITADORES DE MCC, ETAPA UNO

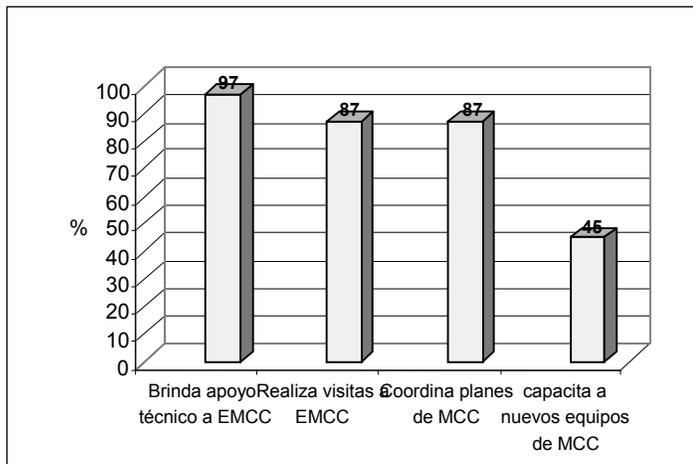


Fuente: Encuesta sobre ambiente favorable para la institucionalización de la MCC

Cada equipo de mejoramiento contó con al menos un facilitador local. Estos facilitadores locales fueron, en la mayoría de los casos, los médicos Coordinadores de Área y/o las enfermeras de Área. Los facilitadores locales forman parte del equipo de mejoramiento y participan en las actividades que lleva a cabo el equipo, brindan asistencia técnica directa a los equipos, y coordinan actividades de mejoramiento con otras instancias locales como el Gobierno Municipal o los Comités de Usuarías en caso de que estos existan. Veinte y nueve facilitadores locales fueron capacitados para apoyar a los equipos de MCC en las 14 Áreas iniciales.

El Gráfico 10 muestra los roles más frecuentes que desempeñan los facilitadores en apoyo a los equipos de MCC.

GRÁFICO 10: ACTIVIDADES CUMPLIDAS POR FACILITADORES DE MCC, ETAPA UNO



Fuente: Encuesta sobre ambiente favorable para la institucionalización de la MCC

DESARROLLO DE LA CAPACIDAD TÉCNICA

Para la capacitación a facilitadores provinciales y locales en MCC se diseñó un programa compuesto de tres talleres (sesiones de aprendizaje) y tres períodos de acción entre los talleres. Los talleres fueron abordados con un intervalo de aproximadamente seis semanas entre cada taller. Éstos incluyeron los siguientes temas:

Taller 1: Conceptos de calidad, garantía de calidad, estándares e indicadores; planificación de una línea de base; ejercicios para construcción de estándares e indicadores; ejercicios para evaluar el cumplimiento de estándares a partir de datos reales de historias clínicas y otras fuentes; y conceptos y técnicas básicas para evaluar la satisfacción de los usuarios.

Período de acción 1:

- Una vez recibida la capacitación, los facilitadores se reunieron y socializaron con todo el personal de su área de salud, la metodología del mejoramiento continuo de la calidad, invitando a las personas interesadas a conformar el equipo de MCC.
- Una vez conformado el equipo de MCC, los facilitadores procedieron a replicar la Sesión de Aprendizaje #1, capacitando a sus miembros sobre el manejo y uso de los estándares e indicadores para medir la calidad de la atención.
- Con el equipo de MCC ya integrado, se procedió a la medición de la línea de base del cumplimiento de estándares de calidad.

Taller 2: Metodología de mejora continua de la calidad; identificación de problemas; implementación de soluciones. En la fase subsiguiente de la expansión (Etapa 2), se adoptó el enfoque de ciclos rápidos de mejora.

Período de acción 2:

- Los facilitadores replicaron la Sesión de Aprendizaje #2 para los equipos de

MCC.

b) Los equipos de MCC aplicaron un método de mejora continua a los problemas prioritarios identificados a través de la medición del cumplimiento de estándares.

c) Los facilitadores proveyeron apoyo técnico continuo a los equipos.

Taller 3: Presentación de las experiencias en la medición y mejoramiento del cumplimiento de estándares de calidad, sistema de monitoreo, y rol de los facilitadores.

Período de acción 3:

a) Réplica de la Sesión de Aprendizaje #3 para los equipos de MCC.

b) Selección de un nuevo problema para mejoramiento o modificación del enfoque de mejoramiento aplicado al problema inicial.

c) Los facilitadores brindaron apoyo técnico continuo a los equipos.

Antes de esta intervención, se desconocía el grado en el cual los facilitadores iban a cumplir efectivamente con estas actividades de capacitación y apoyo técnico. Varios oficiales del MSP habían expresado dudas de que estos facilitadores cumplan con estas responsabilidades, tomando en consideración que no se les estaba pagando ninguna remuneración adicional, y que tampoco contaban con un presupuesto especial para los gastos que demanden sus actividades, los que debían ser cubiertos con los presupuestos regulares de las Direcciones Provinciales y de las áreas (con la excepción de los gastos de materiales para la capacitación, cubiertos por QAP).

Sin embargo, la gran mayoría de los facilitadores replicaron con éxito las capacitaciones, formaron equipos de MCC en las Unidades de Salud en las áreas y provincias seleccionadas, y de hecho construyeron un programa de MCC funcionando en base a sus propios recursos. De las ocho provincias y catorce áreas de salud inicialmente seleccionadas, sólo una provincia, Guayas, y sus dos Áreas no lograron hacer funcionar su programa de MCC. En 87% de las provincias o áreas seleccionadas, los facilitadores lograron con éxito replicar las capacitaciones y formar equipos de MCC que continúan en la actualidad en actividad.

Los facilitadores identificaron factores favorables que permitieron llevar a cabo la réplica de los talleres de capacitación en sus respectivas provincias y áreas de salud, como se muestra en el Cuadro 2. También identificaron algunos factores que dificultaron la realización de la réplica de los talleres en las Áreas. Entre estos factores se encuentran la superposición con otras actividades que debían realizar los asistentes, falta de recursos económicos para la realización de los talleres, la desmotivación de algunos de los participantes, el tiempo muy corto programado para la réplica de los talleres, las huelgas que realizaron los trabajadores de la salud y la impuntualidad de algunos participantes.

CUADRO 2: FACTORES FAVORABLES PARA LA RÉPLICA DE TALLERES, ETAPA UNO

FACTORES QUE FACILITARON LA RÉPLICA DE TALLERES	PORCENTAJE DE FACILITADORES QUE MENCIONARON ESTE FACTOR
Equipo motivado para recibir la capacitación	24
Apoyo del jefe de Area/Director para la realización de la Capacitación	17
Material entregado para la capacitación	16
Colaboración del personal para llevar a cabo la capacitación	9
Apoyo del nivel provincial para llevar a cabo la capacitación	9
Apoyo de los facilitadores durante la realización de los Talleres	7
Capacitación previa a los facilitadores	5
Apoyo técnico brindado por URC	4
Trabajo coordinado para realizar la capacitación	4
Apoyo económico para la realización de los talleres	4
Total	100

Fuente: Encuesta sobre ambiente favorable para la institucionalización de la MCC

Para facilitar el trabajo de réplica de la capacitación por parte de los facilitadores en provincias y áreas de salud, QAP les entregó un set de transparencias PowerPoint, tanto en plástico como en formato CD, para su uso ya sea con un proyector de transparencias o con un proyector de computador, si lo tuvieran. Además se les entregó un CD con ayudas audiovisuales para capacitar en el uso del partograma, y un set de estándares, indicadores, herramientas, y guías para la recolección de datos para la construcción de dichos indicadores (Ver Anexos 1, 2, y 4 en el CD que acompaña este informe).

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

En esta etapa los facilitadores enviaron sus datos mensuales de indicadores de cumplimiento de estándares a la oficina de QAP en Quito, ya sea a través de correo regular (diskette), fax o correo electrónico. Un miembro del equipo de QAP revisaba los datos y se comunicaba por teléfono con los facilitadores en caso de existir errores o preguntas. Con los indicadores, QAP construyó gráficos de series de tiempo y los envió a los facilitadores para su análisis. La mayor parte de la comunicación entre los facilitadores y QAP en esta etapa se realizó a través del teléfono y/o reuniones durante los talleres de capacitación y visitas periódicas. El uso del correo electrónico y del internet fue muy limitado en esta etapa.

INCENTIVO A LA CALIDAD

El Manual técnico-administrativo del Programa de Maternidad Gratuita, publicado en el 2002²⁰, estableció la entrega de un incentivo económico a los Comités de Gestión locales que cumplan en su área con las metas de cobertura y calidad establecidas. Este mecanismo no se aplicó durante esta fase, por la falta de asignación de fondos para este fin y porque la Unidad carece de un reglamento que regule de manera clara la entrega de este incentivo.

RESULTADOS DE LA EXPANSIÓN, ETAPA UNO

Expansión de las actividades de MCC

La estrategia de expansión basada en los facilitadores provinciales y locales fue exitosa. A partir de la capacitación de 38 facilitadores que provinieron de 14 Áreas de Salud en ocho provincias, éstos fueron capaces de replicar la capacitación y formar 14 equipos de MCC en sus respectivas áreas y provincias. La excepción fue la provincia del Guayas, en donde los facilitadores no asumieron su rol y por lo tanto los equipos de MCC, aunque se formaron en un inicio, no tuvieron seguimiento y desaparecieron.

La estrategia de combinar facilitadores provinciales y locales funcionó adecuadamente. El facilitador local fue un miembro del equipo de MCC, y como tal dirigió las reuniones del equipo y coordinó el trabajo de MCC. Su permanencia constante junto al equipo en la Unidad de Salud le permitió estar al tanto de los detalles que podían ser una oportunidad de mejora o un potencial obstáculo al trabajo del equipo de MCC. El facilitador provincial mantiene contacto constante con el facilitador local, principalmente por teléfono y en algunos casos por correo electrónico. Él o ella visita periódicamente los equipos de MCC en la provincia, especialmente aquellos que puedan tener dificultades o que requieran apoyo, revisa y consolida los datos de reportes de indicadores enviados por los equipos, y promueve al apoyo (tanto político como financiero) de la Dirección Provincial de Salud. Al final de la Etapa Uno de la expansión, la mayoría de los facilitadores locales habían asumido más bien un rol de "líderes de su equipo", mientras que el rol de facilitador se estableció más claramente en el nivel provincial. Con el progreso de la institucionalización, los facilitadores provinciales fueron más y más integrando el trabajo de MCC dentro de sus funciones regulares y empezaron a desarrollar un sentido de orgullo y apropiación de los logros en la mejora de la calidad en su respectiva provincia, vinculándolo a su rol técnico, experiencia y conocimientos.

Los doce equipos de MCC formados por los facilitadores funcionaron de manera regular durante toda la Etapa Uno, y cumplieron sus tareas de monitoreo, mejora continua de los procesos de atención y reporte de indicadores. Las frecuentes paralizaciones de actividades de los trabajadores de la salud interfirieron con el funcionamiento de los equipos de MCC. En varias ocasiones, el cierre de las Unidades de Salud a causa de los paros duró más de un mes. Otra dificultad para el trabajo de los equipos de MCC fue el limitado apoyo de ciertos directores provinciales de salud,

²⁰ Manual técnico, operativo, administrativo y financiero. Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. 2002. Anexo Convenios de Gestión

quienes, especialmente al inicio, no entendían la importancia de las actividades de MCC, o su relación con los objetivos de salud de la provincia.

La asistencia técnica ofrecida por el proyecto QAP se dio a través de la capacitación inicial a los facilitadores y visitas de campo únicamente a algunas provincias y/o áreas de salud que presentaron dificultades especiales. QAP desarrolló una relación estrecha con cada facilitador provincial, manteniendo constante contacto telefónico y por correo electrónico, y permanentemente dotándolos de literatura y apoyo técnico. Los facilitadores casi cada semana llamaron o escribieron al personal de QAP para solicitar asistencia técnica con dificultades específicas en el trabajo con los equipos de MCC. Además QAP, en la medida de lo posible, promovió apoyo político desde el nivel central del Ministerio de Salud hacia el trabajo de los facilitadores. Algunos facilitadores empezaron experimentar problemas con Directores provinciales que no aprobaban el hecho de que las tareas de MCC tomen un tiempo considerable de los facilitadores, quienes continuaron como responsables del programa materno-infantil en sus provincias. En estos casos, QAP visitó a los directores provinciales para hacer abogacía a favor de la importancia del MCC y cómo la mejora de la calidad contribuye a los objetivos de los programas técnicos de las provincias.

QAP invirtió también un esfuerzo considerable de su asistencia técnica con el nivel central del MSP. Sin duda, mucha más resistencia a la institucionalización de MCC se encontró a este nivel que en las provincias. Tiempo y esfuerzo fueron necesarios para persuadir a los técnicos del nivel central sobre las ventajas de incluir MCC en las políticas nacionales de salud; el apoyo al rol de los facilitadores provinciales; el uso de fondos provinciales para actividades de MCC; la necesidad de que el Ministerio cuente con estándares e indicadores oficiales; y la necesidad de que exista un constante monitoreo y mejora continua de la calidad de la atención a todos los niveles del sistema de salud, incluyendo el nivel central del MSP.

Hacia el final de la Etapa Uno de la expansión, el nivel central del MSP tenía una actitud favorable a la institucionalización del MCC, y había asignado un funcionario del Programa de Salud Materno-Infantil para coordinar con QAP las actividades de MCC en las provincias. Este funcionario y QAP visitaron cada una de las provincias en donde se desarrollan actividades de MCC; esta experiencia hizo que el funcionario desarrolle un decidido apoyo a las mismas, lo cual facilitó el avance de la expansión en la siguiente etapa.

Resultados en mejora de la calidad

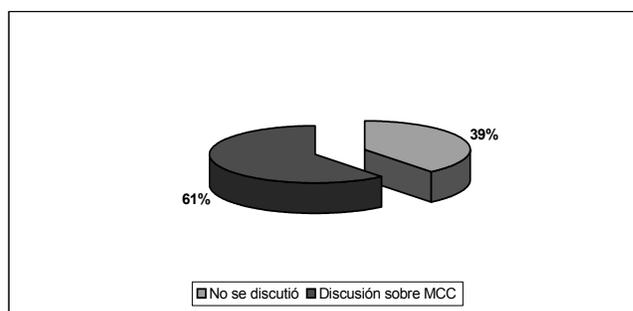
Los equipos de mejoramiento midieron inicialmente una línea de base del cumplimiento de los estándares de calidad. A partir de estos datos identificaron procesos de atención deficientes y se concentraron en ellos planificando y ejecutando acciones de mejoramiento. El monitoreo mensual del cumplimiento de estándares realizado por los equipos de MCC fue una manera eficaz para orientar al equipo sobre el desempeño de los distintos procesos de atención (atención prenatal, parto, post-parto inmediato, atención del recién nacido y de las complicaciones obstétricas frecuentes), así como también sobre la disponibilidad de los insumos básicos indispensables para la ejecución de dichos procesos. Los problemas relacionados con falta de insumos y materiales fueron solucionados de manera relativamente fácil, ya que la Ley de Maternidad Gratuita provee fondos para la adquisición de dichos

materiales. Otras acciones se relacionaron con el mejoramiento de elementos de la infraestructura de las Unidades de Salud, como ambientes de atención, baños o salas de espera.

Probablemente la tarea más difícil tuvo que ver con el mejoramiento continuo de los procesos mismos de atención, ya que esto implica un cambio de los patrones de desempeño de los profesionales. Entre éstos, fueron los médicos los que presentaron mayor resistencia a modificar sus procedimientos y adoptar nuevos que favorezcan el cumplimiento de los estándares. Por ejemplo, el uso del partograma fue en algunos casos considerado por ciertos médicos como algo innecesario que quizás fuese adecuado para profesionales que no estén seguros de sus propias habilidades clínicas. A fin de superar las resistencias al cambio, los equipos de MCC utilizaron varias estrategias, por ejemplo, la entrega de documentación basada en la evidencia, capacitación sobre aspectos específicos, reuniones de discusión y conversaciones cara a cara. Incluso con estas estrategias hubo pocos casos en los que no fue posible vencer la resistencia al cambio.

Por otro lado, en las reuniones técnicas que tienen regularmente las Áreas de Salud en las cuales se discuten aspectos relacionados con la programación de actividades, coberturas de atención y vacunación, productividad de las unidades operativas, también se incluyó la discusión de aspectos relacionados con la calidad como: mejoramiento de la calidad en procesos, estándares e indicadores, satisfacción de las usuarias de los servicios, como se puede apreciar en el Gráfico 11.

GRÁFICO 11: PORCENTAJE DE REUNIONES TÉCNICAS EN LAS QUE SE DISCUTIÓ SOBRE MCC, ETAPA UNO

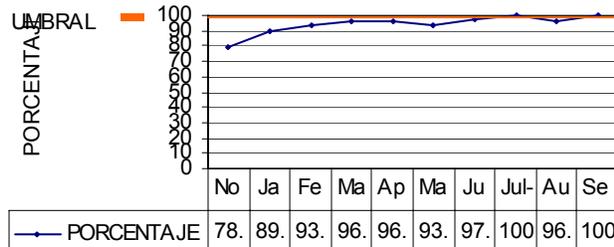


Fuente: Encuesta sobre ambiente favorable para la institucionalización de la MCC

La inclusión progresiva de la calidad dentro de los objetivos del trabajo de las Áreas de Salud, junto a los objetivos de cobertura y acceso a los servicios, fue un paso importante hacia la institucionalización de la MCC en el nivel local. Los responsables de la gestión de las Áreas de Salud (Unidades de Conducción) apoyaron a los equipos de MCC en las unidades de salud, y en muchos casos financiaron parcialmente sus actividades tales como capacitaciones locales y/o los costos que demandaron algunas mejoras implementadas. Los equipos de MCC tuvieron éxito en la mejora de la mayoría de los procesos de atención cubiertos bajo el Programa de Maternidad Gratuita. Los gráficos que se presentan a continuación, desarrollados con datos consolidados de doce unidades de salud participantes en la Etapa Uno de la expansión, son una muestra de las mejoras alcanzadas en el cumplimiento de estándares de calidad.

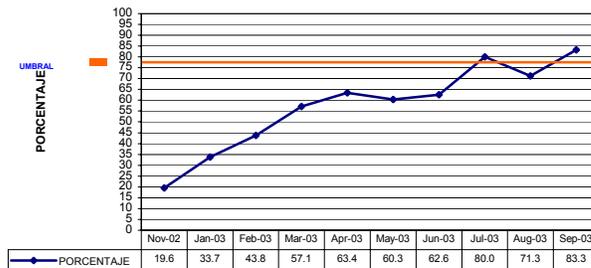
Atención Prenatal

GRÁFICO 12: ATENCIÓN PRENATAL : PORCENTAJE DE INSUMOS ESENCIALES CON LOS QUE ESTÁ EQUIPADO EL CONSULTORIO DE GINECO-OBSTETRICIA EN LA CONSULTA EXTERNA, NOV. 2002 – SEPT. 2003



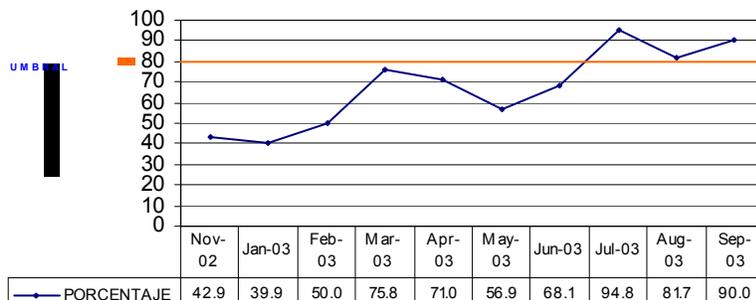
El estudio de línea de base realizado por el equipo mostró que la falta de insumos no constituyó un problema grave para garantizar la calidad de la atención prenatal. Usando fondos del Programa de Maternidad Gratuita, los equipos de MCC pudieron comprar insumos que faltaban, u obtenerlos de bodegas a nivel provincial o central.

GRÁFICO 13: PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS PARA QUIENES SE REALIZARON Y REGISTRARON TODAS LAS ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS, EN SU PRIMER CONTROL PRENATAL, NOV. 2002 – SEPT. 2003



El proceso de atención prenatal se venía realizando con un deficiente cumplimiento del estándar que establece trece tareas básicas. Una sesión de atención prenatal no se consideraría de calidad, si cada una de las trece tareas no eran completadas en el caso de cada paciente. Las tareas más difíciles de cumplir eran el examen de pechos y exámenes de laboratorio, tales como medición de hemoglobina y Rh. Al final de la etapa uno, la calidad de la atención prenatal había mejorado significativamente.

GRÁFICO 14: PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS QUE USARON SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA PARA LA ATENCIÓN PRENATAL Y QUE ESTUVIERON SATISFECHAS CON LA ATENCIÓN RECIBIDA, NOV. 2002 – SEPT. 2003

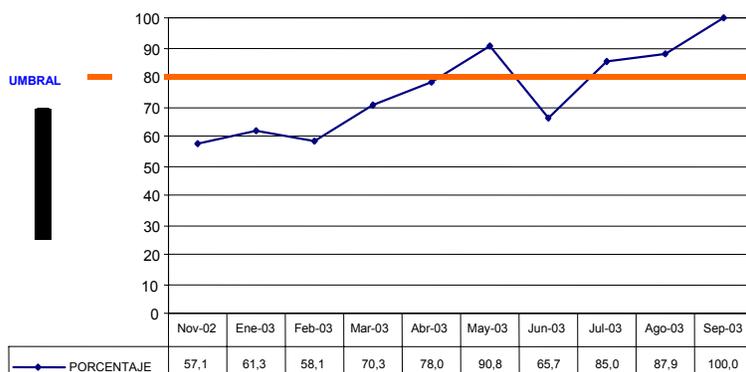


Encuestas iniciales de satisfacción del usuario mostraron que menos de la mitad de usuarias estaban satisfechas con la atención que recibieron. Las áreas más frecuentes que reportan falta de satisfacción incluían los tiempos de espera, falta de limpieza de los establecimientos, y falta de medicinas.

expectativas de la mayoría de equipos y QAP, las encuestas no revelaron una falta significativa de satisfacción con respecto a la interacción personal con los proveedores. Las encuestas de satisfacción de usuarios se realizaron mensualmente durante la Etapa Uno, sin embargo, esta frecuencia probó ser demasiado difícil y probablemente no necesaria. Las encuestas fueron realizadas por voluntarios locales, como por ejemplo, estudiantes de secundaria. Se advirtió a los equipos de MCC que no realizaran las encuestas ellos mismos para evitar sesgos potenciales.

Atención del Parto y Atención Inmediata al Recién Nacido

GRÁFICO 15: PORCENTAJE DE MUJERES EN LABOR DE PARTO PARA QUIENES SE REALIZARON Y REGISTRARON LAS ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS DE MONITOREO DE LA LABOR DE PARTO, NOV. 2002 – SEPT. 2003



Poco menos de la mitad de las mujeres que habían sido atendidas durante el parto en estos establecimientos estaba siendo monitoreada para signos importantes durante la labor de parto. Después de las actividades de mejoramiento, los equipos de MCC fueron capaces de incrementar el porcentaje de cumplimiento a 100%.

GRÁFICO 16: PORCENTAJE DE PARTOS EN LOS QUE EL PARTOGRAMA FUE GRAFICADO CORRECTAMENTE, NOV. 2002 – AGO. 2003

El uso correcto del partograma mejoró de menos de una quinta parte de los casos, al 71%. Este fue uno de los estándares más difíciles de alcanzar debido a la falta de capacitación en el uso del partograma por parte de la mayoría de profesionales. Muy pocos establecimientos de hecho implementaban el uso del partograma, que fue introducido como un nuevo elemento de la atención del parto.

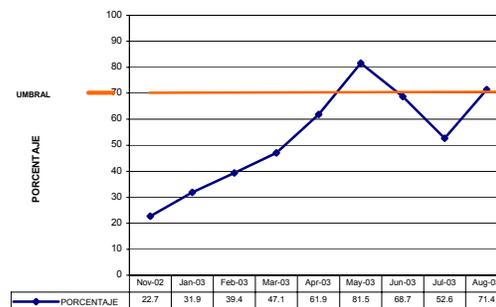
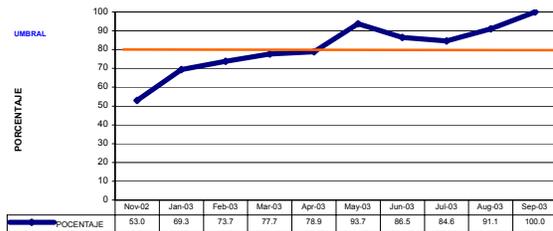


GRÁFICO 17: PORCENTAJE DE MUJERES ATENDIDAS DURANTE EL PARTO EN EL ESTABLECIMIENTO QUE ESTUVIERON SATISFECHAS CON LA ATENCIÓN RECIBIDA, NOV. 2002 – SEPT. 2003



La satisfacción con la atención recibida durante el parto en estos establecimientos se incrementó de 40% a 100% durante la Etapa Uno de la expansión

GRÁFICO 18: PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS PARA QUIENES SE REALIZARON Y REGISTRARON AL MENOS 7 ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS, NOV. 2002 – SEPT. 2003



Se incluyeron siete tareas en el Estándar para Atención del Recién Nacido. Los equipos mejoraron el cumplimiento del estándar del 53% al 100% en el final de esta etapa.

Atención Post-parto

GRÁFICO 19: PORCENTAJE DE PARTOS NORMALES QUE RECIBIERON ATENCIÓN INMEDIATA DEL POST-PARTO DURANTE LAS DOS PRIMERAS HORAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO, NOV. 2002 – SEPT. 2003



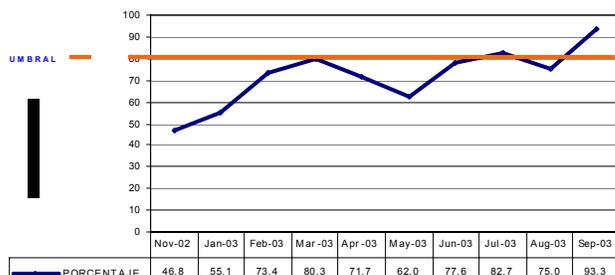
El estudio de línea de base mostró que la atención post-parto se efectuó deficientemente en estos establecimientos. Al final de esta etapa, el desempeño mejoró sustancialmente a partir del nivel inicial de 21%.

GRÁFICO 20: PORCENTAJE DE DÍAS LABORABLES POR MES EN LOS QUE LA FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO TUVO EN BODEGA POR LO MENOS 3 DE LOS 5 MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, NOV. 2002 – SEPT. 2003



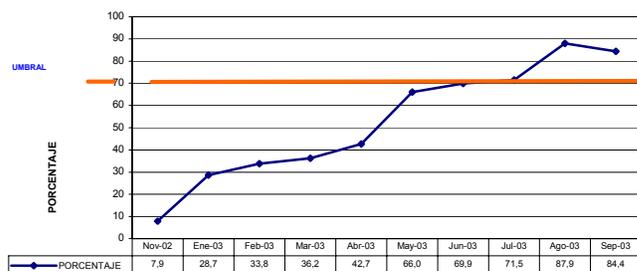
La disponibilidad de métodos de planificación familiar (PF) fue uno de los criterios para establecer la calidad del programa de PF en cada establecimiento. Uno de cada tres días, en promedio, los establecimientos no disponían de al menos tres de cinco métodos básicos de PF. Al final de esta etapa los establecimientos tenían estos métodos disponibles cada día.

GRÁFICO 21: PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA QUE ACUDEN AL ESTABLECIMIENTO QUE RECONOCEN AL MENOS 4 MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, NOV. 2002 – SEPT. 2003



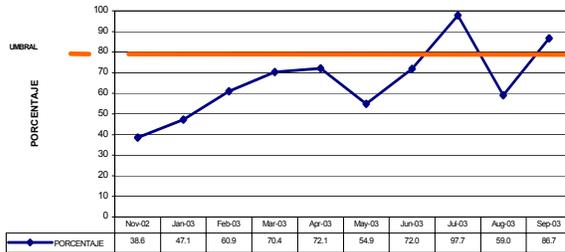
El conocimiento de métodos de PF por parte de mujeres en edad reproductiva que se atendían en el establecimiento, fue otro criterio para determinar la calidad del programa de planificación familiar. Partiendo de un 47% inicial, al final de esta etapa 93% de las mujeres fueron capaces de mencionar al menos cuatro métodos de PF.

GRÁFICO 22: PORCENTAJE DE PRIMERAS ATENCIONES A NIÑOS ENFERMOS, DE 2 MESES HASTA 4 AÑOS DE EDAD, EN LAS QUE SE SIGUIÓ LA ESTRATEGIA AIEPI, NOV. 2002 – SEPT. 2003



La estrategia AIEPI prácticamente no estaba siendo implementada en estos establecimientos. Solo el 8% de los niños vistos en las clínicas pediátricas fueron examinados usando el enfoque integrado de AIEPI. Con el trabajo hecho por equipos de MCC, este porcentaje se incrementó a 84%.

GRÁFICO 23: PORCENTAJE DE MADRES O CUSTODIOS DE NIÑOS ENFERMOS QUE CONOCÍAN AL MENOS 4 SEÑALES DE PELIGRO, NOV. 2002 – SEPT. 2003



El reconocimiento de señales de peligro por parte de madres de niños enfermos fue uno de los criterios para determinar la calidad de la atención. Al inicio, sólo el 38% de las madres fueron capaces de reconocer al menos 4 u 8 señales de peligro. Este porcentaje se incrementó a 87% al final de la etapa.

VI. ETAPA DOS DE LA EXPANSIÓN: OCTUBRE 2003—AGOSTO 2004

La Etapa Dos comprende la expansión a todas las áreas de salud en cada una de las ocho provincias seleccionadas inicialmente, con la excepción de la provincia del Guayas, que abandonó las actividades en esta etapa. En base a la experiencia ganada en la formación de un equipo de MCC inicial en cada provincia, los facilitadores provinciales acometieron con éxito la tarea de formar equipos de MCC en cada una de las Áreas de Salud.

La estrategia de actuar a través de los facilitadores provinciales se consolidó y profundizó, en la medida que el Ministerio de Salud y sus oficinas provinciales formalizaron y apoyaron el rol de los facilitadores, como parte integral de su trabajo regular como funcionarios del Ministerio. Los facilitadores conformaron equipos de mejoramiento en cada Área de Salud, brindaron capacitación para realizar la línea de base de la calidad y asistencia técnica continua en todas las tareas técnicas que los equipos desarrollaron.

Es de resaltar, como se verá más adelante, que estos logros en la expansión se hicieron en su gran mayoría con recursos propios de las Direcciones Provinciales y del Ministerio de Salud en su planta central. El Proyecto de Garantía de Calidad brindó apoyo técnico y los materiales de capacitación, principalmente papelería y artículos de oficina, de bajo costo.

El trabajo del equipo de QAP en apoyo al nivel central del MSP se fortaleció en esta etapa, lo cual permitió avanzar en el desarrollo de los diferentes elementos del proceso de institucionalización que se describen a continuación.

DESARROLLO DE POLÍTICAS FAVORABLES A LA MCC

En Septiembre 2004, se llevó a cabo el Congreso Nacional por la Salud y la Vida, que aprobó la *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Esta política nacional recalca la importancia de la calidad de los servicios de salud que se ofrecen a las mujeres en el Ecuador.

Durante esta etapa se continuó con la aplicación de los *Convenios de Gestión*

para la aplicación de la Ley. Dichos Convenios, que en la actualidad llegan a 51 en todo el país, son firmados entre el Ministerio de Salud y los Gobiernos locales municipales. En los Convenios se insiste en la necesidad de que los servicios ofrecidos por proveedores locales en los Cantones, cumplan con los estándares de calidad aprobados y que constan en los documentos oficiales de la Unidad Ejecutora de la Ley.

En Agosto del 2004, el Comité de Apoyo y Seguimiento de la Ley de Maternidad Gratuita (CAS Técnico) solicitó una presentación oficial a la Dirección Provincial de Tungurahua sobre detalles de la implementación del modelo de MCC en las Unidades de Salud de la provincia. El CAS Técnico aprobó la presentación y envió una felicitación oficial a la provincia de Tungurahua.

A inicios del 2004, el CAS Técnico aprobó su *Plan Operativo y Presupuesto Anual*, en el cual se incluyeron actividades de expansión y fortalecimiento del programa de MCC en las prestaciones cubiertas por la Ley.

LIDERAZGO

A inicios del 2004 se conformó en la planta central del Ministerio de Salud Pública un equipo de trabajo interinstitucional al que se denominó Equipo Conductor del proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad. Este Equipo Conductor estuvo conformado por técnicos de la Dirección de Promoción y Atención Integral de Salud, la Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita, y el Proyecto de Garantía de Calidad. El Equipo Conductor tiene la función de dirigir y coordinar las acciones de MCC desde el nivel central con las Direcciones Provinciales de Salud para la elaboración y dirección de las políticas, plan nacional de calidad, y estándares de calidad. Además debe negociar los recursos necesarios para la calidad en el Plan Operativo Anual de la Unidad Ejecutora de la Ley, y brindar asistencia técnica intra e interinstitucional.

El Equipo Conductor ha mantenido trimestralmente reuniones técnicas en las cuales se han discutido aspectos relacionados con la organización y progreso de las actividades de MCC; revisión de estándares e indicadores; revisión de instrumentos e instructivos para la recolección de la información; planificación de visitas de apoyo a los equipos de MCC en las diferentes provincias; capacitación a facilitadores provinciales y el manejo del sistema de comunicación de los resultados de la medición de estándares e indicadores.

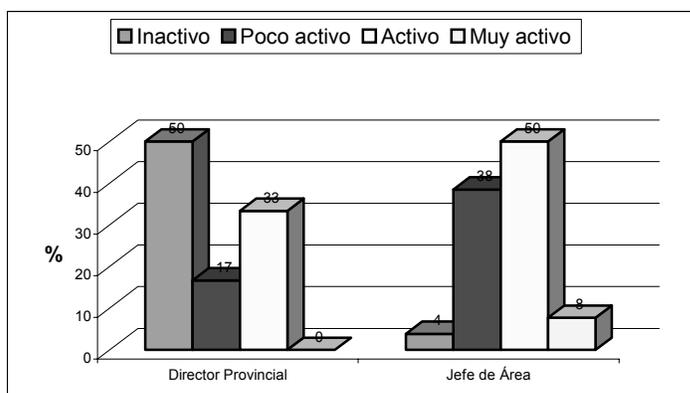
La Directora del Programa Materno-infantil del MSP participó directamente en varias ocasiones de visitas a las Direcciones Provinciales en las que se desarrolla el Programa de MCC. El Equipo Conductor designó también a dos de sus miembros quienes participaron en las reuniones provinciales del programa de MCC. Durante estas visitas a las que asistieron el Director Provincial de Salud, Jefes y Coordinadores de las Áreas de Salud de cada provincia, se presentó el progreso del trabajo llevado a cabo por los facilitadores y equipos de mejoramiento formados en la Etapa Uno de este proceso.

El rol de liderazgo del nivel central del MSP a través del Equipo Conductor fue un avance importante respecto a la Etapa Uno, en la cual el liderazgo estuvo limitado al ámbito provincial y local. El rol de liderazgo de los facilitadores provinciales fue fortalecido a través de una carta oficial enviada desde la Dirección General de Salud,

en la cual se le daba a conocer al Facilitador su designación como responsable del proceso a nivel provincial.

El nivel de apoyo y participación de las autoridades (Directores provinciales y Jefe de Área) en el proceso de expansión del MCC mejoró en la Etapa Dos, de acuerdo a una encuesta aplicada a veinte y siete equipos de mejoramiento. A pesar de ello, la mitad de los Directores provinciales fueron calificados como “inactivos” en cuanto a su apoyo. En cambio, la gran mayoría de los Jefes de Área apoyaron y participaron en el proceso de expansión, en diferentes grados (ver Gráfico 24).

GRÁFICO 24: APOYO DE LAS AUTORIDADES LOCALES A LAS ACTIVIDADES DE MCC, ETAPA DOS



Fuente: Encuesta aplicada a equipos de MCC

RECURSOS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD

Durante la Etapa Dos de la expansión, las Direcciones Provinciales y las nuevas Áreas de Salud que ingresaron al programa financiaron las actividades de MCC con fondos de su propio presupuesto, pagando rubros por concepto de viáticos para que los facilitadores provinciales del MCC se trasladen a las nuevas Unidades que ingresaron al programa a formar y capacitar nuevos equipos de MCC o para que se trasladen a las unidades operativas a brindar apoyo técnico a los equipos de las diferentes Áreas de Salud de su respectiva provincia. Todo el costo del tiempo de trabajo de los facilitadores provinciales brindando apoyo técnico a los equipos en su respectiva unidad operativa fue cubierto íntegramente por el MSP.

Las Áreas de Salud cubrieron con sus propios fondos el costo de la movilización de los miembros de los equipos de mejoramiento a eventos de capacitación, así como también el costo del tiempo de los miembros de los equipos de mejoramiento para realizar las actividades del programa; por ejemplo, medir los indicadores periódicamente y mantener reuniones de discusión sobre los resultados obtenidos. Los costos de las acciones de mejoramiento fueron también cubiertos con fondos propios del Área de Salud. Cuando se trató de costos para adquirir insumos y materiales que hacían falta, tales como medicinas, formularios, termómetros, fonendoscopios o insumos como gasas, bajalenguas, guantes, etc., éstos fueron adquiridos por el Área de Salud con fondos provenientes de los reembolsos de la Ley de Maternidad Gratuita por los servicios producidos. En algunas ocasiones incluso se realizaron modificaciones a la infraestructura física, especialmente en el caso de mejoras en los baños o salas de

espera. En otros casos se realizaron cambios en el proceso de atención que han permitido mejorar la calidad del servicio brindado.

QAP cubrió exclusivamente el costo de la movilización de uno de sus expertos para ofrecer apoyo técnico a los facilitadores provinciales y locales en las actividades específicas en las provincias o áreas de salud cuando así lo requirieron. QAP cubrió también la reproducción de materiales para las diferentes capacitaciones, y el desarrollo de la base de datos electrónica Excel para el ingreso de la información de la medición de estándares e indicadores. La asistencia técnica de QAP se realizó a través de visitas de sus expertos, pero cada vez más mediante el uso del teléfono y del correo electrónico.

A mediados del 2004, QAP empezó a contratar tiempo disponible de tres de los más destacados facilitadores provinciales para que apoyen el trabajo de MCC en otras provincias durante sus horas libres. Estos facilitadores mantienen su responsabilidad en su propia provincia, en donde se desempeñan como funcionarios de las Direcciones provinciales del MSP en su horario regular. En vez de enviar un experto de QAP desde Quito, como apoyo técnico a una provincia, se optó por ensayar la asistencia técnica de un facilitador provincial a otra provincia vecina. El resultado fue muy positivo y de muy bajo costo.

Costos de la institucionalización de la MCC durante la Etapa Dos

Al igual que en la Etapa Uno, para el cálculo de los gastos en que incurrieron los equipos de mejoramiento de la calidad durante la Etapa Dos se diseñó una encuesta para recabar información sobre las diferentes actividades que realizaron los equipos durante esta etapa y los costos que éstas actividades demandaron. Los costos estimados se presentan en el Cuadro 3.

Se recolectó información relacionada con las horas de trabajo que invirtieron los equipos en actividades de mejoramiento, costos de transporte, gasolina y viáticos que recibieron miembros de los equipos para trasladarse a recibir capacitación en MCC; gastos que realizaron por la compra de materiales de oficina para diferentes actividades y gastos efectuados en la alimentación los participantes durante los talleres de réplica de las capacitaciones. Se establecieron únicamente los costos directos. La muestra incluyó 16 Áreas de Salud, las cuales llevaron a cabo actividades de mejoramiento continuo de manera regular y que reunían los siguientes criterios:

- Tener documentadas las actividades realizadas en MCC (capacitaciones, mediciones, discusión de indicadores).
- Contar con los nombres y función de las personas que participaron en las actividades de MCC.
- Disponibilidad de información sobre tiempos (horas) que invirtieron en actividades de MCC.
- Documentos de los gastos realizados en actividades de MCC.

CUADRO 3: COSTOS DE INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA MCC DURANTE LA ETAPA DOS (\$ USD)

CATEGORÍA	UNIDADES	COSTO UNITARIO	COSTO POR EQUIPO (YA CUBIERTO EN SALARIOS DEL PERSONAL)	COSTO ADICIONAL POR EQUIPO (ESPECÍFICO DE MCC)	FUENTE DEL FINANCIAMIENTO
Promedio de horas que invirtió cada equipo en actividades de MCC durante la Fase Dos	402,41 horas	3,90 / hora	1.569,39		Ministerio de Salud
Gasolina para movilizarse en actividades de MCC	43,7 galones	1,48		64,68	Ministerio de Salud
Materiales de oficina utilizados para actividades de MCC				39,50	Ministerio de Salud
Refrigerios/almuerzos de los equipos durante actividades de MCC				84,50	Ministerio de Salud
Viáticos que recibieron los equipos para asistir a capacitaciones				688	Ministerio de Salud
Costo promedio total de las actividades de MCC de un equipo durante la Fase Dos			1.569,39	876,68	Total: 2.446

Fuente: Encuesta sobre costos de la institucionalización de la MCC

- Que las fuentes de la información estén disponibles para su revisión el momento de la recolección de la información.

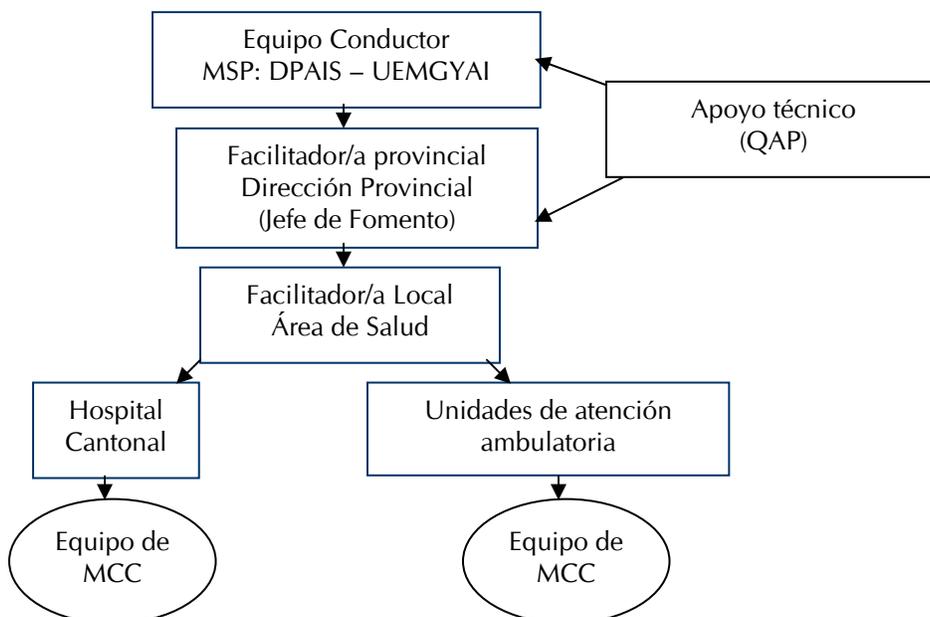
El costo promedio del tiempo que invirtieron los equipos en actividades de MCC durante la Etapa Dos se obtuvo a partir del cálculo del promedio de horas de trabajo invertidas por un equipo en actividades de MCC (total de horas invertidas por todos los equipos encuestados, dividido por el número de equipos). Este promedio de horas se multiplicó por el costo promedio de la hora de trabajo en esta Etapa (USD \$3,90). El costo promedio de una hora de trabajo de un miembro de equipo se obtuvo calculando el costo de una hora de trabajo de todos los miembros de los equipos y dividiéndolo por el número de miembros en los equipos²¹.

²¹ Valores aproximados, obtenidos de una muestra de 4 de los 14 equipos.

ESTRUCTURA

En la Etapa Dos la estructura organizacional se fortaleció con la existencia del Equipo Conductor formado a nivel central del Ministerio de Salud, lo cual permitió un seguimiento más constante a las provincias participantes en el proceso. El Gráfico 25 muestra cómo el Equipo Conductor, integrado por representantes de los Departamentos Técnicos de Salud Materna e Infantil del Ministerio de Salud, más delegados de la Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita, se articuló al resto de la estructura organizacional ya existente en el programa. QAP continuó en su rol de proveer asistencia técnica, tanto al Grupo Conductor como a los facilitadores provinciales.

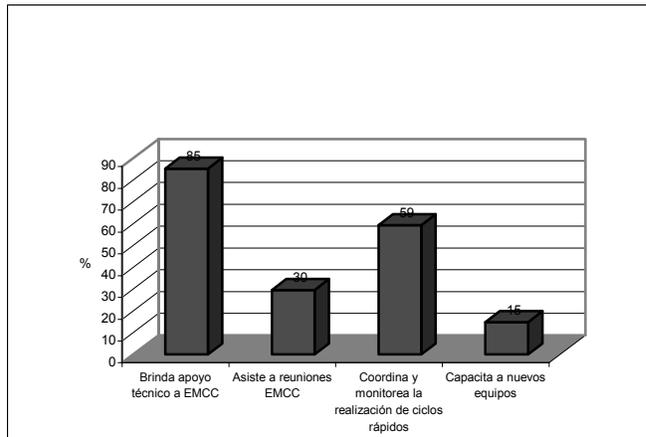
GRÁFICO 25: ESTRUCTURA OPERATIVA PARA LA MCC A NIVEL PROVINCIAL, ETAPA DOS



Los facilitadores provinciales continuaron en la Etapa Dos brindando un soporte importante al trabajo de los equipos de MCC, como se puede observar en las respuestas de 27 equipos de mejoramiento sobre el tipo de actividades que llevan a cabo los facilitadores provinciales.

Como se muestra en el Gráfico 26, la principal actividad del facilitador es la asistencia técnica local a los equipos de MCC, además de participar en sus reuniones y capacitar a nuevos equipos. La gran mayoría de los equipos encuestados (85%) reconocieron el rol de asistencia técnica del facilitador, aunque en menor medida que en la Etapa Uno, en la cual este rol fue reconocido por un 97% de los equipos. Es posible que esto se deba a una mayor independencia o autonomía por parte de los equipos.

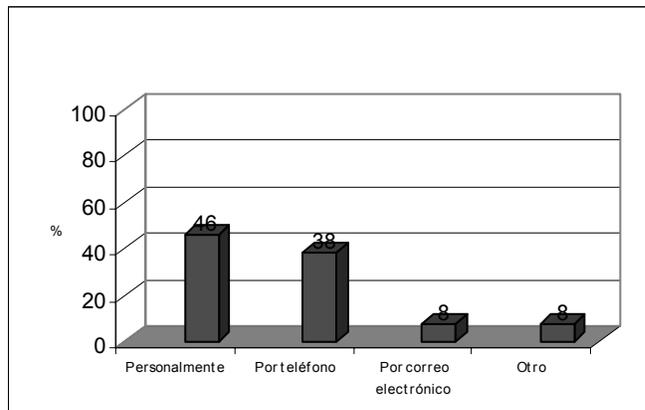
GRÁFICO 26: ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL FACILITADOR PROVINCIAL PARA APOYAR A EQUIPOS DE MCC, ETAPA DOS



Fuente: Encuesta aplicada a equipos de MCC

En esta etapa, se incrementó la asistencia técnica a los equipos por parte del facilitador por medio del teléfono, y disminuyeron las visitas personales, como se muestra en el Gráfico 27. Es posible que este hecho se deba al mayor número de equipos de MCC en la provincia que tienen que ser atendidos por el facilitador, el mismo que busca medios más costo efectivos para ofrecer su apoyo técnico.

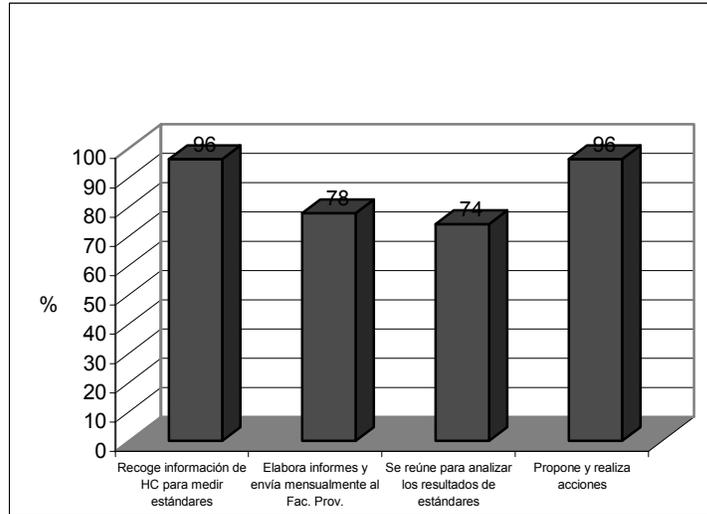
GRÁFICO 27: FORMA DE COMUNICACIÓN PARA BRINDAR APOYO TÉCNICO A EQUIPOS, ETAPA DOS



Fuente: Encuesta aplicada a equipos de MCC.

Dentro de las varias actividades de los equipos de MCC, se observa que las actividades de mejora son implementadas en mayor porcentaje que en la Etapa Uno. Es posible que los equipos de MCC hayan tenido más facilidad para implementar la metodología de mejoramiento a través de ciclos rápidos que la metodología de resolución de problemas que se aplicó en la etapa anterior.

GRÁFICO 28: ACTIVIDADES QUE LLEVAN A CABO LOS EQUIPOS DE MEJORAMIENTO, ETAPA DOS



Fuente: Encuesta aplicada a equipos de MCC

DESARROLLO DE LA CAPACIDAD TÉCNICA

En la Etapa Dos se decidió modificar el enfoque de mejoramiento, abandonando el enfoque de resolución de problemas que se había utilizado en la Etapa Uno y adoptando el de Ciclos Rápidos de Mejora. Este enfoque innovador, adaptado del Institute for Healthcare Improvement de los Estados Unidos, resultó mucho más útil en la práctica diaria de los equipos, ya que permite mejorar los procesos de atención, a partir de cambios progresivos y medición de resultados inmediatos de cada cambio para determinar si debe ser implementado en mayor escala.

Otro cambio importante fue que se acortó al máximo posible la duración de las tres sesiones de aprendizaje o talleres: de la duración de dos o tres días de cada uno en la Etapa Uno, pasaron a durar un día y medio cada uno. Esto permitió ganar en costo-efectividad y posibilitó la réplica local de los talleres en las provincias. Además, se incluyó en la Sesión de Aprendizaje 2 el uso del correo electrónico, el internet, y la página web del Proyecto Colaborativo de Reducción de la Mortalidad Materna²².

La experiencia de la Etapa Uno de la expansión puso en evidencia la necesidad de ajustar los estándares e indicadores, eliminando algunos que no resultaron muy útiles e incluyendo algunos nuevos. Técnicos de QAP y del Ministerio de Salud realizaron las modificaciones, basados en las Normas Nacionales y recomendaciones internacionales, así como en las experiencias de facilitadores y equipos durante la Etapa Uno. El set modificado de estándares e indicadores fue discutido con las autoridades nacionales del Ministerio de Salud y del Programa de Maternidad Gratuita, y luego presentado para discusión a los facilitadores provinciales.

Para actualizar a los facilitadores provinciales en el nuevo enfoque de mejora continua, en los cambios realizados a los estándares e indicadores y en el uso del

²² Ver Anexo 6 para más información sobre cómo los facilitadores de MCC podrían usar el sitio web del proyecto colaborativo de Reducción de la Mortalidad Materna para ingresar datos de monitoreo de la calidad.

internet, se realizaron reuniones nacionales en Noviembre del 2003 y en Marzo del 2004. Además de la capacitación, los facilitadores pudieron compartir y discutir sus experiencias como proveedores de asistencia técnica local a los equipos de sus provincias.

Para ayudar a los facilitadores a replicar los talleres en provincias y Áreas de Salud, QAP apoyó de manera técnica y financiera la creación de un "Portafolio de Herramientas para facilitadores", dado a cada facilitador, con los siguientes contenidos:

- Una guía de capacitación para el facilitador de MCC²³, que ayuda al facilitador a replicar más fácilmente las Sesiones de Aprendizaje y proveer asistencia local a los equipos. Los facilitadores participaron activamente en la validación de esta guía probándola y adaptándola a la realidad de los servicios de salud.
- Un set de estándares e indicadores, herramientas y guías para la recolección de datos (ver Anexo 3)
- Un set de transparencias plásticas en PowerPoint para cada unidad de capacitación, en caso de que el facilitador necesitara un proyector de transparencias (ver Anexo 4).
- Las mismas transparencias en formato de CD para uso con proyector de computador.
- Un CD con ayudas audiovisuales para la capacitación sobre el uso del partograma.
- Formatos electrónicos para reportar ciclos de mejoramiento rápido (ver Anexo 5)
- Un Sistema de Monitoreo para indicadores de calidad, incluyendo bases de datos de Excel para reportes de Áreas y provincias (ver Anexos 7 y 8).

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

QAP creó un sistema para el monitoreo mensual del cumplimiento de estándares de calidad a tres niveles diferentes de agregación y reporte (establecimiento, provincial, nacional). Los indicadores de cumplimiento de estándares producidos por el equipo de MCC a nivel del establecimiento son reportados mensualmente a la oficina provincial del MSP respectiva, donde el facilitador provincial analiza la calidad de la atención en los principales establecimientos de cada Área y consolida los indicadores en un único informe para todos los establecimientos de la provincia. El facilitador provincial envía el informe consolidado al nivel central del Ministerio de Salud Pública en Quito, donde se analiza la calidad de la atención en provincias y consolida indicadores para crear un informe nacional. Este proceso se detalla en el Gráfico 29.

QAP desarrolló una hoja electrónica en Excel que permite a los equipos de MCC fácilmente ingresar numeradores y denominadores para cada indicador (ver Anexo 7

²³ Ministerios de Salud de Ecuador, Nicaragua y Honduras. Proyecto de Garantía de la Calidad, QAP. Guía de capacitación para el Facilitador de MCC. Iniciativa Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Proyecto Colaborativo. Quito, 2003.

de este informe). La hoja electrónica automáticamente produce porcentajes así como gráficos de series de tiempo, con mediciones mensuales para cada indicador. Un disco con la hoja electrónica y la capacitación correspondiente fue provisto a cada facilitador provincial y equipos de MCC en todas las provincias. Una vez se llena la hoja electrónica, es enviada por los equipos de MCC al facilitador provincial por email y/o fax, quien luego consolida la información y la envía al nivel central para su análisis y retroalimentación. Las oficinas provinciales del MSP y muchas Áreas de Salud en Ecuador tienen una o más computadores con Microsoft Office instalado.

GRÁFICO 29: FLUJOGRAMA DEL REPORTE DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE CALIDAD



Durante esta etapa inicial de la expansión, el sistema de monitoreo y reporte funcionó hasta el nivel provincial, y requirió un apoyo técnico significativo de QAP. Los problemas más frecuentes fueron errores por parte de equipos de MCC sobre el ingreso de información de indicadores, y la falta de continuidad en el envío de reportes. A nivel provincial, las mayores dificultades involucraron errores en la creación de reportes provinciales consolidados, y dificultades de algunos facilitadores provinciales para identificar errores de los equipos de MCC de manera sistemática.

A lo largo de la etapa inicial de la expansión, el nivel central del MSP no asumió un rol técnico en el análisis y retroalimentación de información sobre calidad de las provincias. Por ende, QAP tuvo que asumir este rol en muchas ocasiones, pese a que no era parte de sus funciones. Las principales causas para esta dificultad involucraron la debilidad institucional del nivel central, la inestabilidad extrema de los funcionarios en sus cargos, y la resultante falta de interés en el sistema de MCC que estaba siendo desarrollado.

Otro importante avance fue la publicación del *Boletín Informativo Maternidad Gratuita*, del Programa de Maternidad Gratuita, con amplia distribución nacional.

Cada uno de estos tres Boletines publicados durante esta etapa incluyó una sección sobre el progreso del programa de MCC²⁴.

RESULTADOS DE LA EXPANSIÓN, ETAPA DOS

Resultados en magnitud de la expansión

En la Etapa Dos, que duró aproximadamente un año, los facilitadores lograron incrementar a más del doble (236%), el número de equipos de MCC formados y funcionando²⁵. Lograron implementar el Programa de MCC en un 26% de las Áreas de Salud del MSP (45/168); y dentro de ellas en 35% de los hospitales cantonales (30/86), y en 54 % de los Centros de Salud maternos (15/28). Estas Unidades de Salud atienden al año aproximadamente 123.142 consultas prenatales; 15.461 partos; y sirven a una población total de aproximadamente 2'626.460 habitantes. A pesar de todos los esfuerzos, y de ser la provincia más poblada del país, no se logró avanzar en la provincia del Guayas. El estado de la expansión al final de la Etapa Dos se resume en el Cuadro 4.

CUADRO 4: ESTADO DE LA EXPANSIÓN DE LA MCC AL FINAL DE LA ETAPA DOS

PROVINCIA	# ÁREAS DE SALUD	# EQUIPOS MCC ETAPA UNO	# EQUIPOS MCC ADICIONALES ETAPA DOS	TOTAL EQUIPOS MCC ETAPAS UNO Y DOS	# EQUIPOS MCC SEGÚN TIPO DE UNIDAD	
					HOSPITAL	CENTRO SALUD
Azuay	10	2	4	6	5	1
El Oro	9	2	8	10	7	3
Bolívar	4	2	2	4	2	2
Tungurahua	7	2	6	8	4	4
Cotopaxi	7	1	5	6	3	3
Imbabura	4	2	2	4	3	1
Morona Santiago	7	1	6	7	6	1
Guayas	32	2	0	0	0	0
Totales	80	14	33	45	30	15

La expansión permitió que las mejoras a la calidad alcancen a un mayor número de pacientes. Por ejemplo, el cumplimiento del estándar para la atención prenatal fue medido en una muestra de 14.305 madres, y el estándar de atención del parto con uso del partograma fue medido en una muestra de 6.549 madres durante la Etapa Dos²⁶. En el 2004, el Programa de Maternidad Gratuita pagó a los establecimientos por 855.491 controles prenatales y 102.756 partos. En esta etapa de la expansión, las

²⁴ Boletines Informativos del Comité de Apoyo y Seguimiento a la Ley de Maternidad Gratuita, No. 1 Septiembre 2003; No. 2 Mayo 2004; No. 3 Nov. 2004. Quito, Ecuador.

²⁵ Un equipo de MCC "funcionando" es uno que reporta mensualmente sus indicadores de calidad a la Dirección Provincial, y que se reúne mensualmente para planear e implementar acciones de mejoramiento.

²⁶ Ver Gráficos 31 y 33; los tamaños de muestras citados representan la suma de los denominadores para el período de 15 meses equivalente a la Etapa Dos.

actividades de mejora de la calidad ya cubrían aproximadamente un tercio de todos los establecimientos del país.

Durante la Etapa Dos, el nivel central del Ministerio de Salud mostró un apoyo más decidido hacia la expansión del modelo de MCC, lo que permitió a los facilitadores provinciales desarrollar con mayor facilidad su trabajo. Para la capacitación a nuevos equipos de MCC, en algunas provincias (Bolívar y Cotopaxi), el facilitador desarrolló los talleres en cada una de las nuevas unidades de salud a través de visitas por separado, mientras que en otras provincias (Azuay, El Oro, Tungurahua, Imbabura, Morona Santiago) se realizaron los talleres de manera conjunta para todas las Unidades. Para algunas provincias se solicitó a un experto de QAP para que apoye al facilitador en el trabajo de capacitación a nuevos equipos de MCC en nuevas Unidades de salud.

Los costos del tiempo de trabajo, transporte y viáticos, tanto de los facilitadores como de los miembros de los equipos, fueron cubiertos por los presupuestos regulares de las Direcciones Provinciales de Salud y las Áreas. QAP cubrió únicamente la asistencia técnica, los materiales para capacitación en los talleres y en contadas ocasiones, algún refrigerio. En esta etapa, los facilitadores provinciales desarrollaron mejor la habilidad para identificar recursos en los rubros de capacitación o de movilización dentro de los presupuestos de sus unidades o institución.

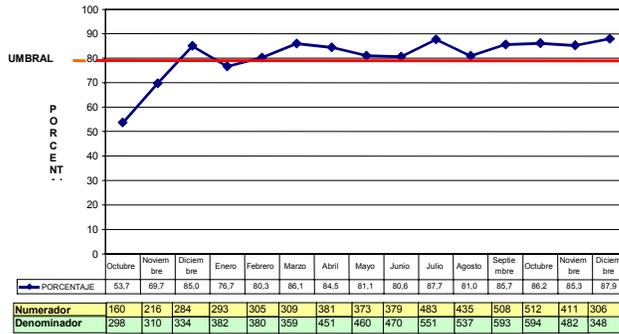
Resultados en mejora de la calidad de la atención

El ingreso de treinta y tres nuevas Unidades de Salud en la Etapa Dos de la expansión (62% fueron hospitales y 38% centros de salud), a partir de Octubre del 2003, causó un descenso en los niveles de cumplimiento de los estándares, que se habían ubicado en niveles altos a fines de la Etapa Uno. Sin embargo, la experticia ganada por los facilitadores y el uso de mejores métodos para capacitación, medición, reporte y mejoramiento de los procesos por parte de QAP, lograron que se eleven los niveles de cumplimiento de estándares para la mayoría de procesos al final de la Etapa Dos.

QAP y algunas Direcciones Provinciales de Salud introdujeron en esta etapa por primera vez en gran escala en Ecuador la práctica del manejo activo de la tercera etapa del parto, a través del proceso de MCC. Al inicio de esta etapa poquísimas unidades de salud usaban esta práctica basada en la evidencia. El trabajo de los facilitadores y los equipos de MCC lograron que al final de la etapa, más de la mitad de los partos se beneficien del manejo activo. El nivel central del MSP opuso resistencia a oficializar esta práctica, señalando que la Norma Nacional no la contempla, a pesar de toda la evidencia que le fue presentada. Tampoco aceptó el nivel central una modificación de la Norma, a menos que todo el libro de normas sea revisado, lo cual no fue posible en esta etapa. Lo interesante de este caso, es que las Unidades de Salud en donde actuaron los equipos de MCC empezaron progresivamente a usar el manejo activo, a pesar de la oposición del nivel central.

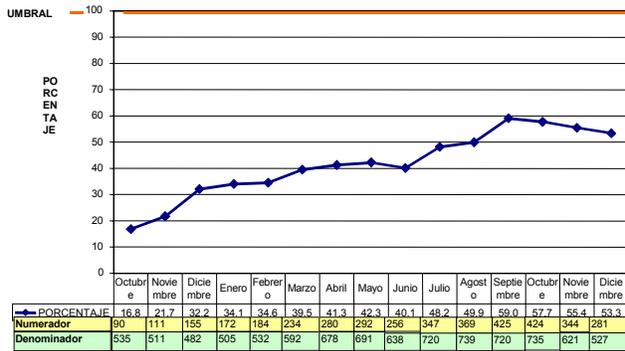
Los Gráficos 30-38 muestran la evolución del cumplimiento de estándares seleccionados durante la Etapa Dos.

GRÁFICO 33: PORCENTAJE DE PARTOS ATENDIDOS EN LOS QUE EL PARTOGRAMA SE GRAFICÓ CORRECTAMENTE, OCT. 2004 – DIC. 2004



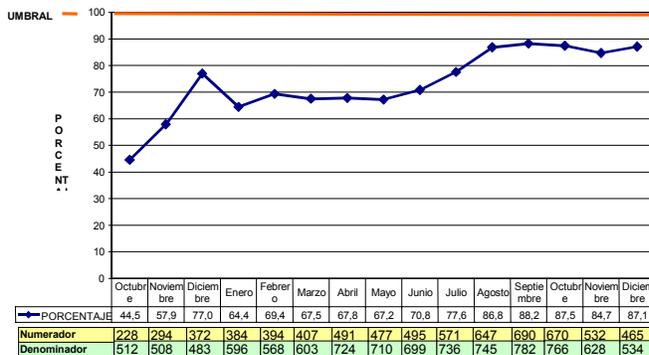
Con el ingreso de las nuevas unidades de salud al programa de MCC, el uso correcto del partograma bajó al 54%, pero, rápidamente (luego de dos meses), los equipos de MCC lograron subir el cumplimiento de este importante estándar de calidad, hasta terminar la etapa en un 88%.

GRÁFICO 34: PORCENTAJE DE PARTOS VAGINALES EN LOS QUE SE ADMINISTRÓ OXITOCINA, OCT. 2003 – DIC. 2004



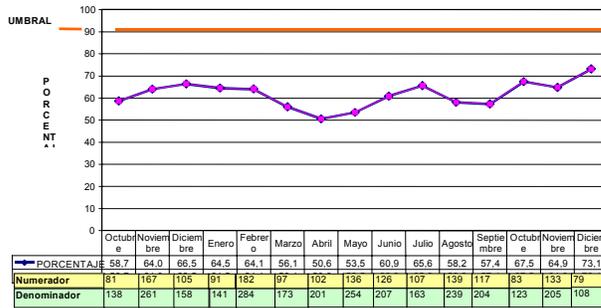
El manejo activo del tercer período del parto fue introducido por el programa de MCC y el Programa de Maternidad Gratuita. El indicador recoge la administración de oxitocina a la madre después del nacimiento para prevenir la hemorragia post-parto. Apenas 16% de los partos recibían oxitocina al inicio de la etapa, pero los equipos de MCC elevaron el porcentaje a 55%, a pesar de la falta de incorporación de la práctica por parte del nivel central del MSP dentro de las normas nacionales.

GRÁFICO 35: PORCENTAJE DE PARTOS NORMALES QUE RECIBIERON ATENCIÓN POST-PARTO INMEDIATA DURANTE LAS DOS PRIMERAS HORAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO, OCT. 2003 – DIC. 2004



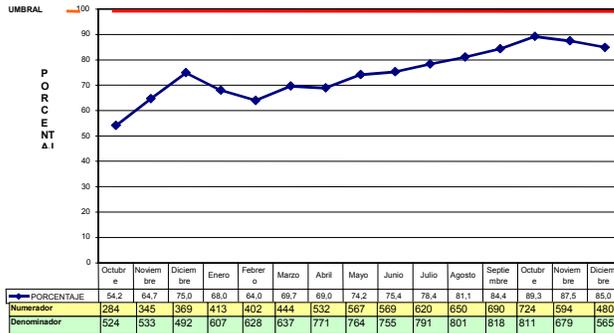
Una parte importante de las muertes maternas suceden durante el post-parto inmediato. Este indicador mide el porcentaje de madres que han dado a luz y que reciben un control cada 30 minutos durante las primeras dos horas. Al inicio, solo 44% lo recibían, pero los equipos elevaron el indicador a 87% al final de la Etapa Dos.

GRÁFICO 36: PORCENTAJE DE MUJERES QUE RECIBIERON ATENCIÓN DEL PARTO EN EL ESTABLECIMIENTO Y QUE ESTÁN SATISFECHAS CON LA ATENCIÓN RECIBIDA, OCT. 2003 – DIC. 2004



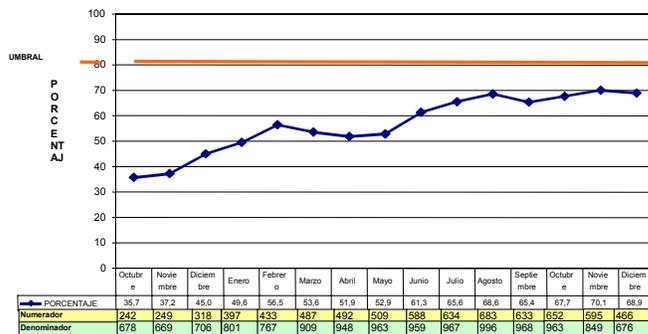
Los equipos de MCC pusieron empeño en mejorar la satisfacción de las usuarias que dieron a luz en las Unidades. Este indicador, que empezó en 58% al inicio de la etapa, llegó al 73% al final del año.

GRÁFICO 37: PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS PARA QUIENES SE REALIZARON Y REGISTRARON LAS 10 ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS, OCT. 2003 – DIC. 2004



Apenas la mitad de los Recién Nacidos en las Unidades de Salud recibían la atención estándar, que incluye el cumplimiento de diez actividades básicas de atención al bebé. Los equipos de MCC lograron mejorar la atención y elevar el cumplimiento del estándar al 85%.

GRÁFICO 38: PORCENTAJE DE PRIMERAS ATENCIONES A NIÑOS ENFERMOS, DE ENTRE 2 MESES Y 4 AÑOS DE EDAD, EN LAS QUE SE SIGUIÓ LA ESTRATEGIA AIEPI, OCT. 2003 – DIC. 2004



A pesar de que al final de la Etapa 1 este indicador ya se encontraba en un nivel elevado, el ingreso de nuevas Unidades al programa (45) hizo que descienda a apenas 36%. Sin embargo, el trabajo de los equipos de MCC logró que al final del año 69% de los niños que acudían enfermos a una Unidad de Salud, sean atendidos con la estrategia AIEPI.

VII. ETAPA TRES DE LA EXPANSIÓN: ENERO—MARZO 2005

La Etapa Tres de la expansión inició en 2005; este informe cubre sólo los primeros tres meses de esta etapa que se encuentra aún en ejecución. La etapa Tres de la expansión de la MCC tiene varias características distintivas:

- a) Nuevas provincias ingresaron al programa de MCC con todas sus áreas de salud desde el inicio de su participación. Hasta Marzo del 2005, cuatro provincias enteras -Orellana, Chimborazo, Carchi y Loja- habían ingresado al programa (en realidad el ingreso de Orellana y Chimborazo se dio cronológicamente antes de que la Etapa Dos termine, en el tercer trimestre del 2004, a causa del gran interés que el programa despertó en estas provincias). Cuando las provincias de Chimborazo, Carchi, y Loja se incorporaron al Programa, el número total de unidades de salud implementando actividades de MCC en Ecuador se incrementó a **70** hospitales y centros de salud.
- b) El rol de los facilitadores provinciales se consolidó en las siete provincias iniciales, y cuatro de ellos empezaron a apoyar en las provincias nuevas vecinas, usando su tiempo libre. Para ello, QAP les proveyó de un incentivo económico por el uso de su tiempo libre.
- c) La Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita, en el nivel central, empezó a asumir un nuevo rol en relación al programa de MCC, convirtiéndose paulatinamente en un demandante de calidad de la atención brindada por las unidades de salud del Ministerio, en base a los convenios firmados y a los pagos que ésta realiza.
- d) Con el apoyo de QAP, la Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y la Asociación de Municipios del Ecuador (AME), desarrollaron formalmente un rol en mejora de la calidad de la atención para los Comités Municipales de Gestión de los Fondos Solidarios Locales.
- e) QAP firmó Convenios de Trabajo con el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP) y Family Care International (FCI), a través de los cuales estos organismos apoyan técnica y financieramente las actividades de MCC en provincias seleccionadas.

Durante los tres meses iniciales de esta etapa, documentados en el presente reporte, los elementos del proceso de institucionalización han desarrollado características importantes descritas a continuación.

DESARROLLO DE POLÍTICAS FAVORABLES A LA MCC

En Enero del 2005, el nivel central del Ministerio de Salud integró un Grupo Técnico para la elaboración de un Plan Nacional de Reducción de la Muerte Materna, a pedido del Ministro de Salud. En él participaron técnicos del Ministerio en salud materna, del Programa de Maternidad Gratuita, representantes del FNUAP y de QAP. En la actualidad este Grupo Técnico ha elaborado un borrador de lo que sería dicho Plan para Ecuador. En este plan se incluye la estrategia de Mejora Continua de los Cuidados Obstétricos Esenciales, como un elemento importante para elevar la efectividad de la atención y reducir la muerte materna.

A inicios de año, la UEPMGYAI, la AME y QAP elaboraron un documento que propone formalmente un rol en mejora continua de la calidad para los Comités de Gestión de los Fondos Solidarios Locales, presididos por los Alcaldes en cada cantón (ver el borrador del documento en el Anexo 9). La UEPMGYAI, la AME, y QAP se encuentran programando actividades de capacitación a los municipios del país a fin de que empiecen a asumir su rol en apoyo a la calidad de las prestaciones de la Ley.

En Marzo 2005, el Presidente del Ecuador aprobó mediante decreto la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la misma que contiene claras referencias a la importancia de la calidad de los servicios de salud reproductiva. QAP participó activamente en la elaboración de dicha política nacional, y es miembro del Comité Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

LIDERAZGO

En esta etapa, la Unidad Ejecutora de la LMGYAI, y en especial su Director y equipo técnico, asumieron con mucha más fuerza un sentido de dirección de las actividades de MCC que se llevan a cabo en las diferentes provincias. Se realizaron visitas con la presencia del Director de Maternidad Gratuita y delegados del FNUAP a las provincias de Carchi, Loja, Chimborazo, Orellana y Manabí, en las cuales las autoridades nacionales insistieron ante los directivos provinciales en la importancia y necesidad de que las actividades de MCC continúen intensivamente en su proceso de desarrollo e institucionalización.

Se establecieron alianzas, a través de convenios de trabajo, para impulsar actividades de MCC y de Adaptación Cultural de la Atención Obstétrica.

RECURSOS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD

En esta etapa, las Direcciones Provinciales y las Áreas de Salud continuaron invirtiendo fondos de su presupuesto regular en las actividades de MCC. Además, recursos adicionales de aproximadamente USD \$40,000 fueron asignados por el FNUAP para las actividades de MCC en las provincias de Chimborazo, Orellana, Manabí y Bolívar. La Unidad Ejecutora de la LMGYAI asignó también una cantidad de aproximadamente USD \$60,000 para que su equipo técnico apoye las actividades de MCC en las diferentes provincias del país. Finalmente, Family Care International asignó USD \$ 8,000 para el componente de adaptación cultural de la atención obstétrica en la provincia de Tungurahua.

ESTRUCTURA

El rol de los facilitadores provinciales de MCC se consolidó en esta etapa. Además, la Unidad Ejecutora de la LMGYAI nombró un funcionario responsable de la conducción de las actividades de MCC en el país, el mismo que fue capacitado para que maneje el subsistema de monitoreo y reporte de indicadores de calidad.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Al cierre del presente informe, la Unidad Ejecutora de la LMGYAI se aprestaba a la publicación de varios documentos técnicos importantes: 1) Guía del Facilitador para la Capacitación de Equipos de MCC (ver Anexo 2), y 2) Subsistema de Monitoreo de la Calidad de las prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita (ver Anexo 8).

VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio puso a prueba una intervención descentralizada en la que un grupo de funcionarios del MSP fue capacitado para actuar como facilitadores de MCC y expandir e institucionalizar un modelo de mejora continua de la calidad. En términos de la expansión geográfica del modelo de MCC, la estrategia fue exitosa, ya que permitió que el modelo se expanda de 14 Áreas de Salud iniciales en ocho provincias, a 70 Áreas de Salud en 11 provincias. Esto representa una expansión del 500% en dos años. El programa de MCC está ahora activo en la mitad de todas las provincias de Ecuador, y en 42% de sus 168 cantones. El Programa de Maternidad Gratuita cubrió 855.491 controles prenatales y 102.756 partos en el año 2004, lo que indica que los efectos benéficos del programa de MCC están alcanzando a un número considerable de usuarios. Este resultado es importante porque ha demostrado cómo una metodología exitosa, que mostró beneficios claros en una etapa piloto previa, amplió un programa de MCC hasta un nivel de expansión que alcanza proporciones nacionales.

Esta expansión se ha producido a un bajo costo adicional, ya que la mayor parte de los costos directos de la expansión son costos de trabajo de los facilitadores y equipos de MCC en los establecimientos, lo cual se encuentra ya cubierto por los salarios del MSP. En la Etapa Uno de la expansión, el costo adicional por equipo de MCC fue de USD \$1.151, mientras que en la Etapa Dos se redujo a USD \$876. Más aún, el costo inicial más elevado se registró sólo en 14 de las Áreas de Salud inicialmente seleccionadas, donde la capacidad de los facilitadores y equipos de MCC se estaba desarrollando. Los costos más bajos de la segunda y tercera etapa se registraron en todas las 56 Áreas de Salud.

Un hallazgo claro en relación a la evolución de los costos de la MCC es que se redujeron con el incremento en experiencia en MCC de los equipos y facilitadores. Esta relación inversa entre el costo promedio de un equipo de MCC y su nivel de experiencia puede ser atribuible en este caso particular a la reorganización del tamaño de los equipos (de 4-8 personas por equipo en la Etapa Uno, a 3-5 personas por equipo en la Etapa Dos), a la reducción de actividades de capacitación (de un promedio de 16-20 horas por taller en la Etapa Uno, a 12-14 en la Etapa Dos), a la capacitación más costosa del grupo inicial de facilitadores a nivel nacional en la Etapa Uno -en contraste con las actividades locales de capacitación en la Etapa Dos-, al desarrollo de materiales de capacitación en la Etapa Uno, y a las reuniones de equipos más cortas y más efectivas, y por ende a las actividades de MCC más costo-efectivas en la Etapa Dos. También tuvo que ver con el hecho de que la Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita dispuso un presupuesto especial de USD \$65.000 para el inicio de las actividades de MCC en la Etapa Uno, mientras que la mayoría de costos directos por actividades de MCC en la Etapa Dos tuvieron que ser

pagados por las oficinas a nivel local o provincial del MSP, las cuales tenían presupuestos más reducidos.

En base a estos datos, proyectamos que la expansión del programa de MCC a todas las Áreas de Salud restantes del Ecuador (98) tendría un costo directo de aproximadamente USD \$86.000 por año. Aún más interesante es el hecho de que la gran mayoría de estos costos, no sólo tiempo de trabajo, sino también “costos adicionales” específicamente relacionados a las actividades de MCC, han sido financiados por los presupuestos de las Áreas de Salud, oficinas provinciales del MSP, o el Programa de Maternidad Gratuita a nivel central. QAP pagó solo por el tiempo de sus consultores técnicos en Ecuador, copias de documentos de MCC, y almuerzos ocasionales para las sesiones de capacitación o reuniones trimestrales de facilitadores.

Todo esto no tendría mayor significado si la calidad de los servicios brindados por el Programa de Maternidad Gratuita no hubiesen mejorado. El programa de MCC fue capaz de mostrar mejoras, objetivas y cuantificables, en mediciones de la calidad de la atención. Para revisar solo algunos indicadores reportados en este documento, al final de la Etapa Dos de la expansión, todos las trece actividades estandarizadas se realizaban en 76% de todos los controles prenatales, a partir de un nivel inicial de 19%, una mejora que cuadruplica la cifra inicial; el partograma se usaba correctamente en 88% de todos los partos, a partir de un nivel inicial de 22%, lo que también cuadruplica la cifra inicial; y el manejo activo de la tercera etapa del parto se practicaba en 53% de los partos, a partir de un nivel inicial de 17% (una mejora que triplica la cifra inicial).

Con respecto al período post-parto, al final de la Etapa Dos de la expansión, 87% de las madres reciben atención apropiada, de un porcentaje inicial de 21% (una mejora que hace más que cuadruplicar la cifra inicial); y 85% de los recién nacidos recibían atención adecuada a partir de un nivel de 53%. La satisfacción de las usuarias con el control prenatal se incrementó de 43% a 61%, y la satisfacción con la atención del parto aumentó de 42% a 73%. Sin duda, decenas de miles de madres, recién nacidos y niños Ecuatorianos, están ahora recibiendo atención de calidad debido a la expansión del programa de MCC.

La estrategia de forjar una función de MCC dentro de los varios niveles de la estructura existente del MSP fue exitosa para la institucionalización del MCC. El enfoque usado fue “de abajo hacia arriba”: en los meses iniciales, el énfasis se colocó en el equipo del área de salud (cantón), de donde se seleccionaron uno o dos facilitadores locales de MCC; en la etapa subsiguiente, la persona responsable de los programas de Salud Materno-Infantil y de Maternidad Gratuita en la oficina provincial del MSP fue capacitada como facilitador de MCC, y se le dio la responsabilidad principal de la expansión dentro de su provincia. En la etapa más reciente de la expansión, el énfasis se colocó sobre el nivel central del MSP y la Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita, que ha asumido un nivel importante de apropiación de las actividades de MCC, y empezó a demandar calidad como una característica indispensable de los servicios por los cuales reembolsaba a los establecimientos.

Dos razones principales nos hicieron elegir este enfoque “de abajo hacia arriba”: una fue que estábamos convencidos de que los administradores necesitarían ver la MCC funcionando y de hecho produciendo resultados a fin de que realmente le brindaran su apoyo y, la otra fue que consideramos más fácil trabajar al nivel local operativo que en los niveles más elevados y crecientemente politizados e inestables

del MSP. Al final de la Etapa Dos, parecía que ambas presunciones fueron correctas. Sin embargo, hubo varios momentos en el proceso de institucionalización y expansión en los que un mayor desarrollo del modelo de MCC en los niveles locales se tornó imposible sin un incremento en el apoyo político proveniente del siguiente nivel administrativo. Esta dinámica, guió y enseñó a QAP, que actuó como una fuente externa de asistencia técnica, a evaluar y afinar tanto el enfoque técnico como los esfuerzos para cultivar el apoyo político y administrativo para la expansión de la MCC, a varios niveles del MSP. Con la expansión de la base del sistema de MCC a casi la mitad del país, la necesidad de mayor apoyo político y asignación de recursos desde el nivel central del MSP y el Programa de Maternidad Gratuita, se tornaron críticos. La sostenibilidad del sistema de MCC, así como su integración con otras reformas importantes dentro del sistema de salud Ecuatoriano, dependerá de la medida y dirección de este apoyo político.

El marco conceptual de institucionalización desarrollado por QAP probó ser una guía útil, no sólo como herramienta para evaluar continuamente el ritmo y balance de desarrollo de varios elementos esenciales de la institucionalización, sino también, de manera más importante, para orientar acciones que impulsen a los elementos que se quedaron rezagados.

En esta experiencia, el **desarrollo de políticas** en apoyo de la calidad de la atención de la salud tuvo un crecimiento estable y progresivo: desde instrumentos generales como la Ley de Maternidad Gratuita, hasta políticas más específicas como el establecimiento oficial de estándares de calidad para servicios cubiertos por el Programa de Maternidad Gratuita. El rol activo de QAP en el desarrollo de estas políticas mediante su participación en entidades multi-institucionales, nos permitió establecer alianzas estratégicas con otros actores sociales que también estaban interesados en apoyar la calidad de la atención, quizá desde diferentes ángulos. Estos actores incluyeron grupos de defensa de los derechos de las mujeres como CONAMU, agrupaciones indígenas como la Dirección Nacional de Salud Indígena, y la Asociación Ecuatoriana de Municipalidades. Estas alianzas, a su vez, fueron extremadamente valiosas para abogar en favor de políticas de MCC.

El **liderazgo** fue uno de los elementos más requeridos de manera crítica para el desarrollo del programa de MCC. El liderazgo local, a cargo de facilitadores de MCC, líderes médicos reconocidos, directores de establecimientos, y los directores de área, jugó un rol importante de carácter positivo. Más difícil fue asegurar el liderazgo de parte de los Directores Provinciales y las autoridades del nivel central del MSP. Una de las dificultades fue el cambio constante de funcionarios debido a la inestabilidad de estos puestos. Sin embargo, en los momentos o lugares donde existía un liderazgo fuerte desde una posición alta, el efecto benéfico sobre el ritmo y fortaleza del programa se hizo claro. Del lado opuesto, cuando el liderazgo estaba ausente o, aún peor, en contra de la MCC, el progreso se hizo muy difícil.

Una de nuestras inquietudes al inicio de este esfuerzo fue que suficientes **recursos para la MCC** serían difíciles de encontrar, convirtiéndose esto en un obstáculo insuperable. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, la mayoría de costos directos se cubrieron con los presupuestos de diferentes niveles del MSP. Desde la segunda etapa de la expansión, una de las primeras cosas que debía quedar en claro, con cada provincia y área de salud interesadas en participar, era que la mayoría de los costos operativos tendrían que ser financiados por la propia Área de

Salud y provincia. En la mayoría de casos esto se aceptó, para nuestra sorpresa y satisfacción. Un descubrimiento particular fue que los recursos humanos que se encuentran ya trabajando en el MSP son perfectamente capaces de convertirse en defensores y promotores de la expansión de la MCC en su rol de facilitadores. La provisión de insumos y medicinas, cuya falta había sido detectada por el sistema de MCC en los establecimientos, fue financiada por los reembolsos regulares del Programa de Maternidad Gratuita a cambio de los servicios de salud prestados por los establecimientos.

De hecho, una **estructura operativa** específica para la MCC no se desarrolló; funciones específicas, más apropiadas, se desarrollaron dentro de la estructura oficial existente del MSP a nivel cantonal, provincial, y central. Estas funciones (por ejemplo: establecer estándares de calidad con base en la evidencia científica; capacitación en MCC; monitoreo de cumplimiento de estándares; planificación e implementación de actividades de mejoramiento; reporte de indicadores; agregación de indicadores a nivel provincial y nacional; análisis de indicadores de calidad y retroalimentación; abogacía a favor de políticas nacionales de MCC; identificación y gestión de fuentes de financiamiento para la MCC; disseminación de resultados y actividades; creación de alianzas estratégicas) fueron ejecutadas por el personal existente en diferentes niveles de la estructura organizacional del MSP, que mostraron diferentes grados de aceptación y compromiso para llevarlas a cabo.

Este estudio fue exitoso con respecto a desarrollar un enfoque práctico y herramientas para el **desarrollo de la capacidad técnica en MCC**. Como se describe en este informe, un programa de capacitación en MCC basado en tres talleres consecutivos y tres períodos de acción probó ser efectivo a fin de producir equipos de MCC con un alto nivel de funcionalidad y sostenibilidad. Se desarrolló un manual para la capacitación de equipos en MCC (incluido en el Anexo 2 de este informe), que incluye un set completo de presentaciones en PowerPoint para cada una de las sesiones de capacitación (incluido como Anexo 4). El manual es una guía práctica para replicar la capacitación en MCC con poco o ningún apoyo experto, y puede ser fácilmente usado o adaptado en otros países.

El rol de QAP se concentró en proveer asistencia técnica para fortalecer la capacidad de facilitadores y equipos de llevar a cabo la MCC. Tanto como fuera posible, el personal de QAP trató de enseñar MCC antes que ejecutarla, mediante el entrenamiento, la capacitación, y otras formas de apoyo técnico.

El presente estudio exploró la **información y comunicación** en dos aspectos: información relacionada al monitoreo y reporte de indicadores de calidad, e información relacionada al progreso de la expansión de MCC en sí misma. En cuanto al primer aspecto, QAP fue capaz de desarrollar un subsistema para el monitoreo y reporte de un set básico de indicadores de cumplimiento de estándares de calidad para los servicios más importantes cubiertos por la Ley de Maternidad Gratuita. Bajo el programa de MCC, las áreas de salud reportan mensualmente a las oficinas provinciales del MSP, donde la información se consolida en agregados provinciales, que son enviados a la UEPMGYAI en el nivel central del MSP en Quito. Una hoja electrónica de Excel, desarrollada para producir automáticamente porcentajes y gráficos de series de tiempo, resultó fácil de usar y analizar por parte de los facilitadores y equipos de MCC. La documentación y disseminación del progreso de la expansión y de las experiencias de los equipos de MCC fue una tarea más difícil y se

logró realizar mediante reuniones periódicas de facilitadores, sesiones de capacitación en las que los equipos de MCC se reunieron y compartieron su trabajo, reuniones del Consejo Técnico del Programa de Maternidad Gratuita en las que se presentaron reportes, y mediante un boletín informativo emitido periódicamente.

El menos desarrollado de los elementos esenciales de institucionalización de la garantía de calidad fue probablemente la existencia de **incentivos para la calidad**. Pese a que el Manual Técnico, Operativo, y Financiero del Programa de Maternidad Gratuita establecía un incentivo financiero para las áreas de salud que alcanzaran un determinada meta anual en cobertura y calidad de la atención, este incentivo no ha sido aún implementado, principalmente debido a la inquietud por parte de la Unidad Ejecutora sobre conflictos legales potenciales relacionados al uso de fondos para este propósito. Los incentivos provistos fueron intangibles, tales como el orgullo de los equipos de MCC al demostrar un aumento en la calidad de la atención que proveen, o el interés profesional por aprender el uso de la metodología para la MCC.

PERSPECTIVAS FUTURAS

Al momento de escribir este reporte, provincias adicionales solicitaron participar en el programa de MCC. FNUAP y Family Care Internacional han firmado un convenio con QAP mediante el cual estas organizaciones internacionales brindarán apoyo a la introducción del modelo de MCC en las provincias en las que se trabaja para apoyar los servicios de Maternidad Gratuita. La UEPMGYAI, QAP, y la Asociación de Municipalidades han aprobado pautas para capacitar a los Comités Municipales de Salud locales que manejan los fondos de Maternidad Gratuita y pagan a los establecimientos locales por sus servicios, a fin de que tengan un rol activo en un procedimiento local a realizarse trimestralmente, en el que el área de salud presente su progreso en calidad de la atención al Comité, y se discutan maneras de mejorar y solucionar problemas (ver Anexo 9). El comité local de usuarios también será parte de este procedimiento, que está orientado a crear un proceso formal para asegurar la rendición de cuentas sobre calidad de la atención, e incluir a los gobiernos locales y a los usuarios como participantes activos del mejoramiento de la calidad. Una descripción del procedimiento propuesto mediante el cual los actores institucionales reconocerán y premiarán la calidad superior en la atención de la salud se encuentra en el Anexo 10.

Todos estos desarrollos recientes parecen indicar que el proceso de expansión e institucionalización avanza en una dirección positiva. Sin embargo, la inestabilidad política dentro del MSP y del Programa de Maternidad Gratuita es una amenaza seria para su crecimiento y sostenibilidad. El cambio reciente en el Gobierno de Ecuador tiene potencial para retardar este proceso, como ha sucedido en el pasado. Al mismo tiempo, puede también abrir una ventana de oportunidad para ampliar la MCC a un nivel aún mayor, si es que el éxito del modelo de MCC es reconocido e implementado dentro del nuevo sistema de seguridad social que el Presidente de Ecuador ha prometido crear. Parecería lógico que el Programa de Maternidad Gratuita sea uno de los cimientos principales de tal sistema de aseguramiento, dado que ahora el sistema de MCC parece estar firmemente establecido como un componente integral de dicho Programa.

IX. ANEXOS

Los siguientes Anexos a este informe —documentos desarrollados para apoyar la institucionalización de la mejora continua de la calidad dentro del Programa de Maternidad Gratuita en Ecuador—se pueden encontrar en formato electrónico en el disco compacto incluido con este informe. Los archivos electrónicos se incluyeron para facilitar su uso y adaptación a otros contextos.

Anexo 1: Sistema de Mejora Continua de la Calidad de las prestaciones que contempla la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Estándares e indicadores / Etapa Uno

Anexo 2: Manual de capacitación para equipos de Mejora Continua de la Calidad: Introducción

Anexo 2: Manual de capacitación para equipos de Mejora Continua de la Calidad: Unidad Uno: Bases para la Mejora Continua de la Calidad

Anexo 2: Manual de capacitación para equipos de Mejora Continua de la Calidad: Unidad Dos: Medición de la calidad: Estándares e indicadores

Anexo 2: Manual de capacitación para equipos de Mejora Continua de la Calidad: Unidad Tres: Mejora Continua de la Calidad a través de ciclos rápidos.

Anexo 2: Manual de capacitación para equipos de Mejora Continua de la Calidad: Unidad Cuatro: Mejora Continua de la Calidad y Satisfacción de Usuarías / os

Anexo 3: Instructivos e instrumentos de recolección de información para indicadores / Etapa Dos

Anexo 3: Estándares e indicadores / Etapa Dos

Anexo 4: Presentación de PowerPoint: Unidad Uno

Anexo 4: Presentación de PowerPoint: Unidad Dos

Anexo 4: Presentación de PowerPoint: Unidad Tres

Anexo 4: Presentación de PowerPoint: Unidad Cuatro

Anexo 5: Formato para informe de los ciclos rápidos para el mejoramiento de la calidad

Anexo 6: Manual del usuario de la página web Mortalidad Materna

Anexo 7: Matriz de reporte de la medición del cumplimiento de estándares e indicadores de calidad para la atención materno infantil y de cuidado obstétrico esencial -País- Ecuador

Anexo 8: Subsistema de monitoreo de la calidad de las prestaciones de la Ley de MGYAI. Documento Borrador

Anexo 9: Guía para el aseguramiento de la calidad de las prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia por los Comités de Gestión

Anexo 10: Premio a la Calidad de la atención que ofrecen las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública en prestaciones cubiertas por la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Documento Borrador

QUALITY ASSURANCE PROJECT
University Research Co., LLC
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600
Bethesda, MD 20814 USA

Tel: (301) 654-8338
Fax: (301) 941-8427
www.qaproject.org